Justice
Manitoba
Manitoba
Justice

Manitoba

Office of the Chief Medical Examiner

Office of the Chief Medical Examiner – Annual Review 1999

Explanation Notes:

1. Page 5: Note under Caseload Review:

   Beginning with the 1999 Annual Review, the total number of cases under caseload review will include all cases reported to the Office of the Chief Medical Examiner. The totals provided for years prior to 1999 included only the cases that were certified by a medical examiner and the non-medical examiner cases that were investigated by medical examiner investigators. These totals did not include certain non-medical examiner cases, such as personal care home deaths, which did not require certification by a medical examiner. Therefore the 1999 total is a more accurate representation of the total yearly caseload handled by the Office of the Chief Medical Examiner.

2. Page 12: Reported Deaths of Children-in-Care:

   The definition of "Child-in-Care" under *The Fatality Inquiries Act* differs from the same term under *The Child and Family Services Act.* Under *The Child and Family Services Act* "in care" refers to a child who is placed in a home, other than the birth parents' home, under a court order of guardianship or a voluntary agreement with the child's parents or guardians.

   The number of child-in-care deaths reported under *The Fatality Inquiries Act* includes medically fragile children and children who die in accidents, in addition to adolescent suicides and children that have died in high risk families which were in receipt of services from an agency as described in *The Child and Family Services Act* within two years of the child's death.

101-02919/

Office of the Chief Medical Examiner

ANNUAL REVIEW

1999

A.T. Balachandra, MBBS, FRCPC, FCAP
Chief Medical Examiner

Table of Contents

History of the Medical Examiner's System	1
Introduction	2
Caseload Statistics – 1999	4
Types of Deaths Investigated and Certified	6
Homicides	6
Suicides	7
Accidental Deaths	9
Undetermined Deaths	10
Natural Deaths	11
Summary of Children's Deaths	12
Reported Deaths of Children-in-Care	12
Sudden Infant Death Syndrome	13
Manitoba Deaths – a Decade in Review	14
Inquests	17
Inquests/Recommendations – 1999	18
Chief Medical Examiner's Recommendations to Minister of Family Services- 1999	23

History of the Medical Examiner's System

The medical examiner and the medical examiner's system have evolved from duties that were assigned to coroners and systems put in place to effect the legislated and non-legislated responsibilities of the office.

The word "coroner" is derived from the old French spelling of the word "crown". The Office of the "Crowner" (Crown representatives) was originally established to secure revenues that accrued to the Crown in the event of sudden or unexplained deaths.

The first detailed statute on the Office of the Coroner was the Statute of Westminster in 1275, which established the office for revenue purposes. Subsequent British legislation shifted the coroner's responsibility to the investigation of deaths due to violence or unnatural means but retained the revenue aspect through a fee payable to the coroner for each inquest held.

Historically Canada inherited the concepts of coroner and coroner's inquest as part of the common law. The common law powers of a coroner to indict persons upon an inquisition for murder or manslaughter, to commit them for trial, and to certify evidence were incorporated as part of the Canadian Criminal Law in 1892, at which time the indictment function of the inquest was terminated.

The subsequent enactment of provincial legislation established the jurisdiction and role of the coroner and continued the coroner's functions of investigating deaths, empanelling juries, and conducting inquisitions (inquests). In some provinces and territorial jurisdictions the coroner's concept still remains.

With the advancement of the forensic sciences and pathologists specially trained in forensic medicine, it seemed logical to report cases to qualified medical persons instead of lay coroners as the bulk of reportable cases were medical in nature. From this evolved the medical examiner's system.

As recently as 1971 Manitoba enacted and proclaimed *The Fatality Inquiries Act* to replace *The Coroner's Act*. This statute was reenacted in 1975 and 1987, and, remained in effect until May 14th, 1990 when a new *Fatality Inquiries Act* was proclaimed.

The distinct feature of the current *Act* is the division of responsibilities into medical and legal disciplines. The initial inquiry into the cause and manner of death is carried out by a duly qualified medical practitioner. The inquest, when deemed necessary, is conducted by a provincial judge without a jury.

This brief historical background has been provided to explain that the medical examiner's system in Manitoba, while relatively recent in origin, has been both legislatively and operationally implemented and has fully replaced the coroner's system.

Introduction

The Office of the Chief Medical Examiner in Manitoba is responsible under *The Fatality Inquiries Act* and *The Vital Statistics Act* for the inquiry/investigation and certification of all deaths, which are the result of violence or which are unexpected, unexplained, or unattended. Certain hospital and institutional cases are also investigated – notably those of individuals who die within 24 hours of admission, within ten days of surgery, or, while under or recovering from anesthesia. Included as well are the deaths of persons who are being held involuntarily or who are residents of a personal care home. In the event of the death of a child-in-care, the Chief Medical Examiner reviews the actions taken by the Child and Family Services agency.

The area of jurisdiction is the Province of Manitoba, which has a population of approximately 1.15 million people. In addition the medical examiner has jurisdiction over those who travel through the Province.

The medical examiner's system under the direction of the Chief Medical Examiner is managed from a central office located in Winnipeg. The office has 12 permanent staff members: a director, six medical examiner's investigators, a statistician, and four administrative secretaries. The fee-for-service element is provided by 75 part-time medical examiners, with additional fee-for-service support provided by pathologists, funeral directors, and ambulance services.

In the City of Winnipeg, medical examiner's investigators are on duty and available 24 hours per day. Part-time medical examiners are also available through a rotating duty roster system.

Throughout rural Manitoba and in other cities such as Brandon and Thompson, part-time medical examiners are available on an as-required basis 24 hours a day.

Alcohol and toxicology testing is provided by the Biochemistry Section at St. Boniface General Hospital. Testing in criminal cases is done at the RCMP Forensic Laboratory. Other specialty tests are obtained whenever they are required utilizing resources both in and outside the Province of Manitoba.

In 1999, 5567 deaths were reported to the Chief Medical Examiner's office, with 3200 of these being investigated. The investigated cases represented 33% of all deaths, which occurred in Manitoba during the year. In the investigated cases, the reports generated by the medical examiners/medical examiner's investigators contained information on the identity of the deceased, the cause and manner of death, and a summary of the circumstances surrounding the death. In many cases the police, both RCMP and municipal forces, assisted the medical examiners in conducting their investigations.

The Office of the Chief Medical Examiner also has a mandate to investigate all children's deaths, and attempts to identify situations of risk. Consequently if a child dies while in care, the office not only conducts the inquiry required by *The Fatality Inquiries Act*, but

reviews the actions of the Child and Family Service agencies involved and prepares a report to the Minister of Family Services & Housing.

The office is actively involved with the eye, tissue and organ donor programs. As a result regular donations are made to the Lions Eye Bank and transplant program.

Appreciation is expressed to all law enforcement services and other related agencies that cooperated and assisted the medical examiner's office in conducting their death investigations over the past year. The office would also like to thank the Province's medical examiners who have shown, frequently under less than perfect conditions, a high level of dedication and professionalism.

Caseload Statistics - 1999

Medical Examiner-Certified Cases	2079
Non-Medical Examiner's Cases	3488
Total Caseload	**5567**

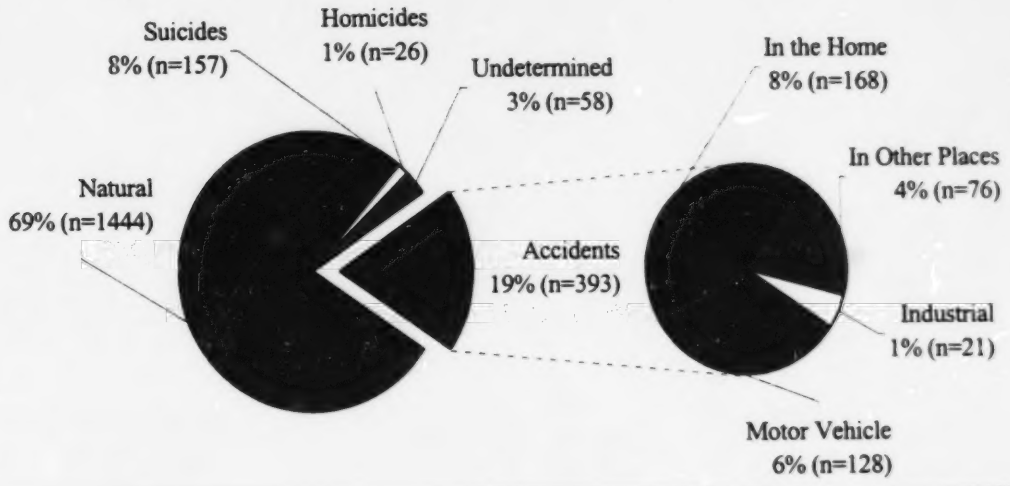
DISTRIBUTION OF CASES BY REGION

Manner of Death	Urban	Rural	Total
Natural	3423	1509	4932
Accidents in the Home*	138	33	171
Motor Vehicle Accidents	46	82	128
Accidents in Other Places	31	42	73
Industrial Accidents	7	14	21
Suicides	75	82	157
Homicides	19	7	26
Undetermined	39	20	59
Total	**3778**	**1789**	**5567**

*Increase in statistics reflects reclassification of fall-related deaths in personal care home facilities from natural to accidental.

Note: "Urban" in these statistics includes only Winnipeg and Brandon even though there are other cities in Manitoba classified as "Urban".

Certified Cases by Manner of Death



CASELOAD REVIEW 1985 - 1999

Year	Total
1985	2522
1986	2605
1987	2503
1988	2541
1989	2582
1990	2633
1991	2713
1992	2741
1993	2850
1994	3150
1995	3188
1996	3031
1997	3197
1998	3178
1999	5567

Note: Totals from 1985 to 1998 do not reflect all non-medical examiner's cases.

Types of Deaths Investigated and Certified

HOMICIDES

District	Male	Female	Total
Urban	14	5	19
Rural	5	2	7
Total	**19**	**7**	**26**

HOMICIDES BY AGE AND METHOD

Method	Age							Total
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	Over 60	
Firearms	0	0	0	1	0	0	0	1
Blunt Weapon/ Violence	0	0	3	2	5	2	0	12
Stabbing/ Incised Wound	0	1	3	2	0	0	0	6
Family Violence	0	0	2	2	0	0	0	4
Other	1	0	0	0	1	0	1	3
Total	**1**	**1**	**8**	**7**	**6**	**2**	**1**	**26**

SUICIDES

District	Male	Female	Total
Urban	48	27	75
Rural	67	15	82
Total	**115**	**42**	**157**

SUICIDES BY AGE AND GENDER

Gender	Age								Total
	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	>80	
Male:									
Non-Native	8	8	15	23	13	8	7	5	87
Native	6	11	9	1	1	0	0	0	28
Female:									
Non-Native	0	4	8	6	0	2	5	2	27
Native	7	6	1	1	0	0	0	0	15
Total	**21**	**29**	**33**	**31**	**14**	**10**	**12**	**7**	**157**
Per 100,000	**12.82**	**18.99**	**18.97**	**18.03**	**11.26**	**11.65**	**16.59**	**16.40**	**13.68**

Note: "Rate per 100,000 population" is calculated according to age group populations for Manitoba as of June 1999 (Source: Manitoba Health).

METHOD OF SUICIDE

Method	Male	Female	Total	% of Total
Hanging/Strangulation	45	16	61	38.9%
Firearms	30	1	31	19.7%
Carbon Monoxide	18	8	26	16.6%
Drug Overdose	11	9	20	12.7%
Drowning	5	3	8	5.1%
Jumping From Heights	4	1	5	3.2%
Other	2	4	6	3.8%
Total	**115**	**42**	**157**	**100.0%**

SUICIDES BY REGION AND MONTH

Month of Death	Urban	Rural	Total
January	6	1	7
February	7	8	15
March	3	5	8
April	5	8	13
May	9	10	19
June	8	6	14
July	8	13	21
August	4	7	11
September	6	6	12
October	8	5	13
November	7	6	13
December	4	7	11
Total	**75**	**82**	**157**

ACCIDENTAL DEATHS

Non-Traffic Accidents

Industrial	Urban	Rural	Total Deaths
Construction	3	4	7
Farming	0	6	6
Aviation	0	3	3
Transportation	2	0	2
Mining	0	1	1
Manufacturing	1	0	1
Other	1	0	1
Total	**7**	**14**	**21**

Accidents In The Home

Falls	85	10	95
Drugs/Alcohol Overdose	31	7	38
Smoke Inhalation	7	12	19
Burning/Scalding	6	0	6
Asphyxia	2	2	4
Other	7	2	9
Total	**138**	**33**	**171**

Accidents In Other Places

Drowning	2	19	21
Falls	11	2	13
Exposure	3	6	9
CO Poisoning	5	2	7
Aircraft	1	5	6
Therapeutic Misadventure	5	0	5
Hunting	0	3	3
Other	5	4	9
Total	**31**	**42**	**73**

Motor Vehicle Accidents

	Urban	Rural	Total Deaths
Vehicle/Vehicle	17	31	48
Single Vehicle	5	30	35
Vehicle/Pedestrian	16	8	24
Snowmobile	1	5	6
Multiple Vehicle	2	1	3
Vehicle/Motorcycle	2	1	3
Vehicle/Train	1	1	2
ATC/ATV	0	2	2
Minibike/Dirtbike	1	1	2
Recreational Vehicle	0	1	1
Vehicle/Fixed Object	1	0	1
Vehicle/Cyclist	0	1	1
Total	**46**	**82**	**128**

	Urban	Rural	Total Deaths
Total Non-Traffic Accidents	176	89	265
Total Traffic Accidents	46	82	128
Total Accidental Deaths	**222**	**171**	**393**

UNDETERMINED DEATHS

Cause of Death	Male	Female	Total
No Anatomical Cause Found	10	3	13
Drugs/Alcohol Overdose	3	5	8
Smoke Inhalation	3	1	4
Drowning	2	0	2
Asphyxia	1	0	1
Other	20	11	31
Total	**39**	**20**	**59**

NATURAL DEATHS

Certified Natural Deaths by Cause

Cause of Death	Male	Female	Total
Heart Disease	514	232	746
Lung Disease	135	97	232
Hemorrhage	78	75	153
Post – Operative	37	24	61
Cancer	23	28	51
Undetermined	6	6	12
Intra – Operative	7	1	8
Stillborn	3	0	3
Other	95	83	178
Total	**898**	**546**	**1444**

Certified Natural Deaths by Age

Age Group	Male	Female	Total
Stillborn	3	0	3
Under 1 year	25	19	44
1-9	7	1	8
10-19	8	3	11
20-29	5	7	12
30-39	22	7	29
40-49	67	25	92
50-59	125	60	185
60-69	197	92	289
70-79	265	147	412
80-89	143	143	286
90-99	31	39	70
Over 100	0	3	3
TOTAL	**898**	**546**	**1444**

Note: Since May 1995, pursuant to a decision by the Provincial Court of Manitoba, stillbirths are no longer investigated.

Summary of Children's Deaths
(Ages 0-17 years inclusive)

Manner of Death	Male	Female	Total
Natural*	36	20	56
Natural**	49	29	78
Accidents in the Home	6	2	8
Accidents in Other Places	5	3	8
Motor Vehicle Accidents	11	12	23
Industrial Accidents	1	0	1
Suicides	10	6	16
Homicides	1	0	1
Undetermined	11	5	16
Total	**130**	**77**	**207**

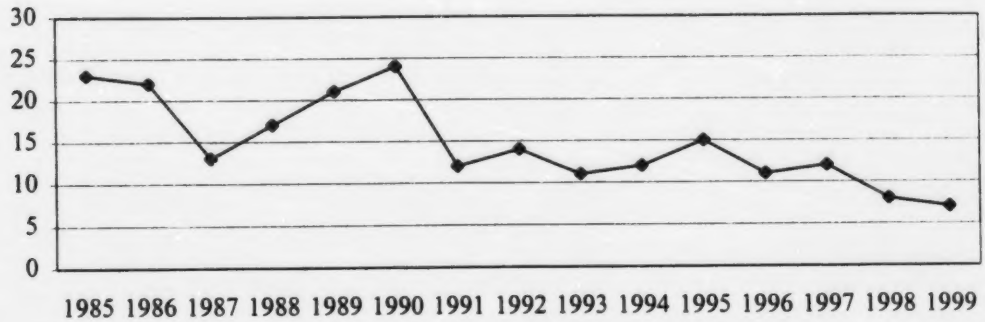
*Certified natural deaths involving a medical examiner.
**Natural deaths involving a medical examiner's investigator only.

REPORTED DEATHS OF CHILDREN-IN-CARE*

Year	Male	Female	Total
1991	16	17	33
1992	16	10	26
1993	18	12	30
1994**	36	32	68
1995**	27	21	48
1996***	33	19	52
1997	30	31	61
1998	30	25	55
1999	42	27	69
Total	**248**	**194**	**442**

*A "child in care" is defined in *s. 10(1)* of *The Fatality Inquiries Act* as a child who is or was in the care of an agency as defined in *The Child & Family Services Act*; or a child whose parent, sibling or guardian is or was in receipt of services *under The Child & Family Services Act* within the two year period prior to the child's death.
**Stillbirths were reported in 1994 and 1995. As of May 1995, following a decision by the Provincial Court of Manitoba, stillbirths are no longer investigated.
***Updated figures for 1996 have been provided by the Department of Family Services

Sudden Infant Death Syndrome Cases
Manitoba 1985-1999



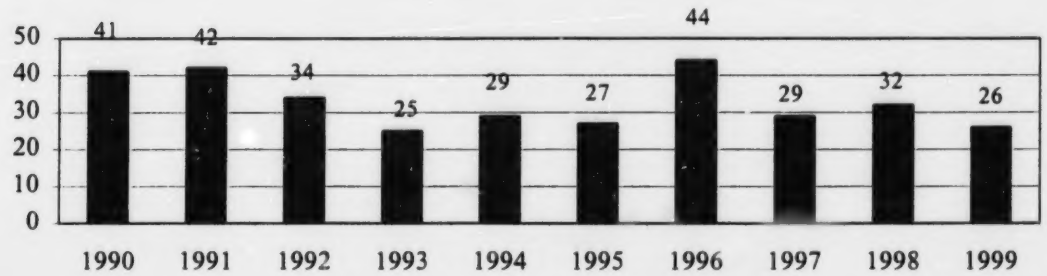
The overall incidence of SIDS has been reported as 1 case per 2000 live births. Although it can occur at any time during the first year of life, the peak incidence in Manitoba is during the first four months.

SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME (SIDS)

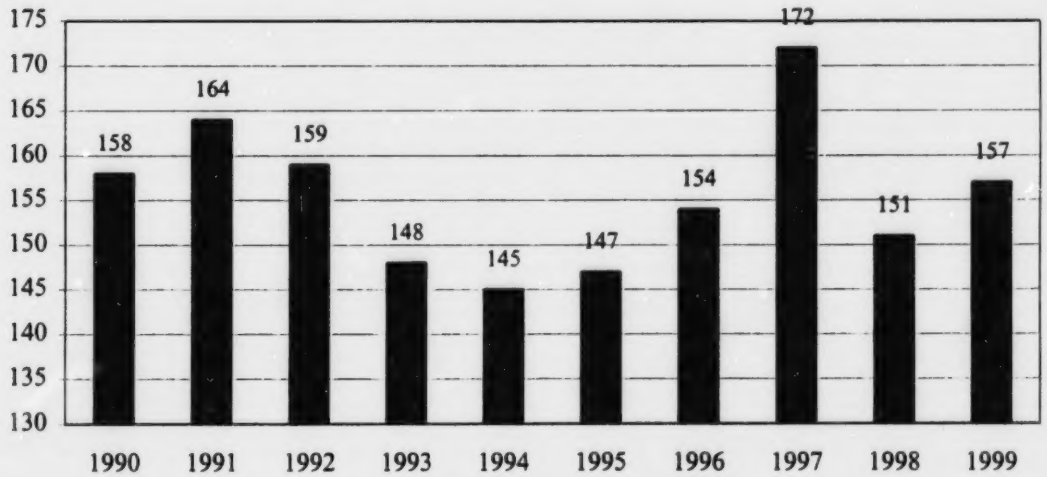
Age Group	0-4 Months	5-8 Months	9-12 Months	Total
January	1	0	0	1
February	0	0	0	0
March	1	0	0	1
April	1	0	0	1
May	1	0	0	1
June	0	0	0	0
July	1	0	0	1
August	0	0	0	0
September	1	0	0	1
October	0	0	0	0
November	0	0	0	0
December	1	0	0	1
Total	**7**	**0**	**0**	**7**

Manitoba Deaths – A Decade in Review

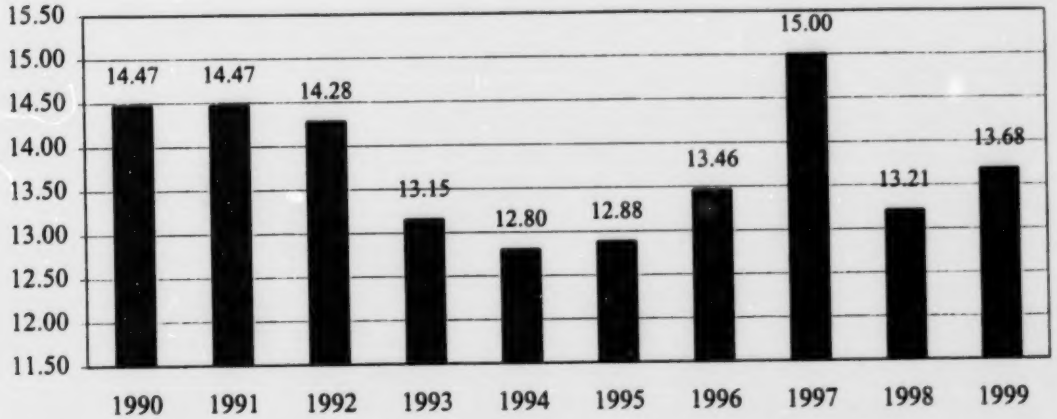
HOMICIDES
1990 - 1999



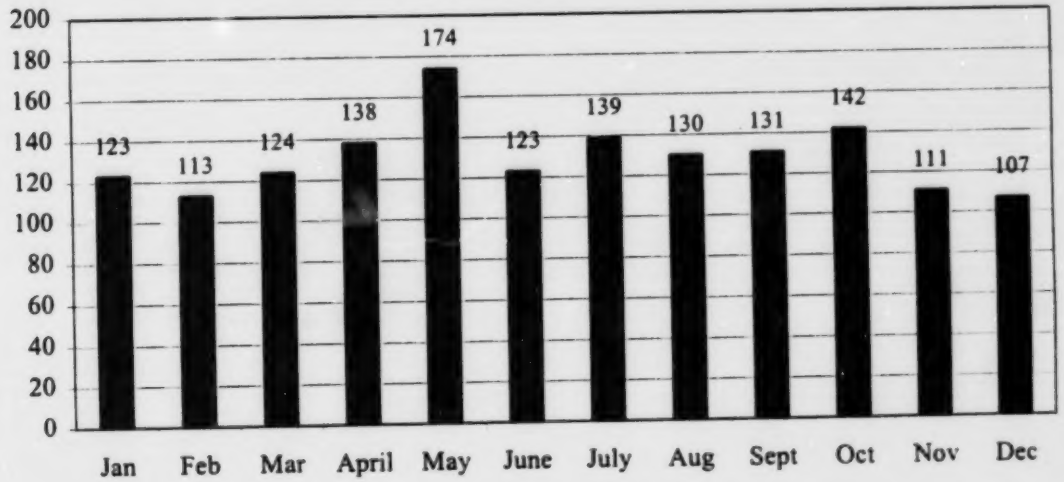
SUICIDES
1990-1999



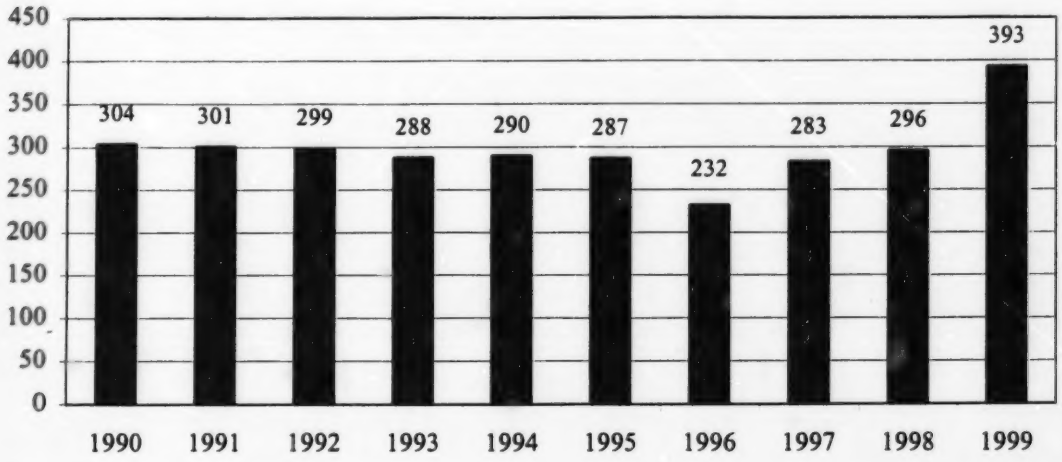
SUICIDE RATES PER 100,000 POPULATION OF MANITOBA BY YEAR



TOTAL SUICIDES BY MONTH 1990 - 1999

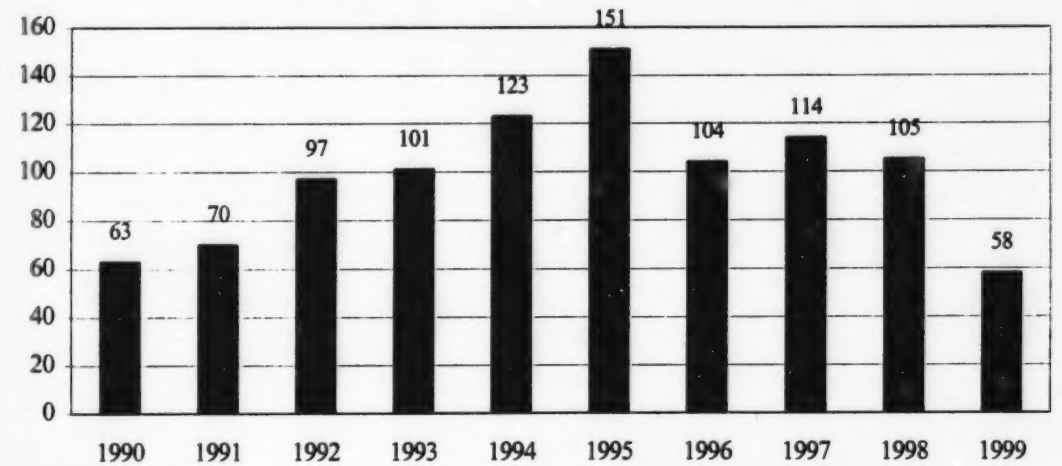


ACCIDENTAL DEATHS
1990 - 1999



Note: Beginning in 1999, the increase in statistics reflects reclassification of fall-related deaths in personal care home facilities from natural to accidental.

UNDETERMINED DEATHS
1990 - 1999



Inquests

INQUEST SUMMARY

Inquest reports pending (up to December 31, 1998)	11
Inquests called (January 1, 1999 to December 31, 1999)	6
Inquest reports received (January 1, 1999 to December 31, 1999)	8
Inquest reports pending (up to December 31, 1999)	9

TYPE OF INQUESTS

Summary of Inquest reports received
(January 1, 1999 - December 31, 1999).

Hospital/Institution Related	Accidental	1
	Natural	1
	Suicide	1
	Total	**3**
Police/Incarceration Related	Suicide	1
	Total	**1**
Occupation Related	Undetermined	1
	Accidental	1
	Total	**2**
Other	Natural	1
	Undetermined	1
	Total	**2**
Total Inquest Reports Received in 1999		**8**

Summary of Inquests and Recommendations Received - 1999

Four of the eight Inquest reports received in 1999 are summarized in the 1998 Annual Review.

CASE FILE NO. 2122/94

Cause of Death: Acute pulmonary edema due to overdose of medication.

Manner of Death: Undetermined.

Circumstances: This 34-year old male with a history of schizophrenia was being treated by a psychiatrist but was non-compliant with medications. He had been admitted to a psychiatric unit July 11, 1994, and discharged on August 30, 1994. On September 9, 1994, his body was discovered face down and submerged in one to two feet of water in a drainage ditch on a main CPR line.

Judicial Recommendations:

There were no judicial recommendations.

CASE FILE NO. 2140/94

Cause of Death: Hyponatremia (low sodium).

Manner of Death: Natural.

Circumstances: This two and a half-year-old child was brought to a local health centre. The history obtained by medical staff from the parents was that he had a flu-like illness for a few days. He had been given fluids, water and put to bed. He had been brought to the hospital by his foster parents who upon checking him at bed time had found that he had been choking, vomiting and was having difficulty breathing. Upon his arrival he was not breathing and was in critical condition. His pupils were fixed and dilated indicating the brain had suffered a lack of oxygen. He was immediately transferred to the Children's Centre in Winnipeg. He was diagnosed at the Health Sciences Centre as brain dead and taken off life support systems.

Judicial Recommendations:

In conclusion, although the assessment of the foster home was acceptable, the monitoring of the child after the placement did not comply with the existing standards of care set out in the Child and Family Services Manual. The following recommendations were made:

1. Caseloads be decreased to more acceptable levels rather than the 2 ½ to 3 times the recommended caseload.

2. The fact that a significant number of foster homes are in the rural area should be taken into consideration in relation to the time factor involved in monitoring these homes or hire staff from the community where the homes are located.

3. Standards should be adhered to or be changed to reflect the reality of the situation.

4. The recommendation proposed by the Office of the Children's Advocate, to review the standard requiring a minimum quarterly monitoring of foster homes be undertaken.

CASE FILE NO. 0880/98

Cause of Death: Hanging.

Manner of Death: Suicide.

Circumstances: This 19 year-old male committed suicide by hanging while incarcerated at a correctional institution. He was found hanging in his cell on April 10, 1998. He was cut down and rushed to the Brandon General Hospital where all attempts to resuscitate him failed. He remained unconscious until his death April 12, 1998.

Judicial Recommendations:

1. Responsibility for case managers should be set out in the Standing Orders with explicit instructions for dealing with inmates with a suicide risk rating, whether it be high, medium or low. Case managers should be trained to engage such inmates in casual conversation and report any suspicious events or expressions to the nurse on duty.

2. The case manager should be consulted when an inmate is downgraded from suicide risk high to suicide risk medium.

3. Correction policy and Standing Orders should be explicit with respect to the number of checks per hour required for inmates rated at suicide risk medium. These inmates should be engaged in conversation and checked on at least every half-hour, but not at

regular intervals. The scanning device in use for evening checks should record these checks.

4. There should be a "case manager" for each inmate for each shift, that is, there should be someone responsible for engaging in conversation with inmates with a suicide risk rating for each shift and reports recorded for perusal by the nurse on duty.

5. When an inmate is rated as a suicide risk, someone in the institution should be responsible for obtaining the names of intimates and friends of the inmate who should be contacted to obtain background information and requested to visit or speak with the inmate on the telephone.

6. That suicide intervention training be given to all staff shortly after their being engaged to work in Brandon Correctional Institute and the refresher courses be given to each staff member within 12 months of the previous training or refresher course.

7. That the Standing Orders be amended to require a psychiatric consultation whenever recommended by a general practitioner.

8. That any change in suicide status be noted on the inmate file and on the unit log as well as in the medical log in different color ink so that all staff are aware of any change in suicide risk for any inmate.

9. That roommates with inmates with suicide risk be carefully chosen, briefed on the nature of the concerns regarding suicide, what activities to watch our for and what kind of conversations would be beneficial to the inmate on suicide risk.

10. That medical staff be on duty seven days a week every week.

11. That an inmate's consent should not be required to give access to his previous psychiatric files. The legislation requiring such consent should be amended. It is recommended that the files be available to correction staff within 24 hours of the request being made.

12. Standardize code calls and make certain everyone is familiar with what each means.

13. Each staff member should record at least four practices for code calls per year.

14. The code for an inmate hanging or in a suicide attempt should require response with a safety knife, airway and oxygen.

15. Staff should train with the airway and oxygen.

16. Vents should be covered or constructed in such a way as to prevent the introduction of a knotted cloth or any other item that could be used as an anchor for a noose.

17. A psychiatrist should see suicide risk high inmates within 48 hours of being designated as such. Before downgrading suicide risk high to suicide risk medium a psychiatrist should be consulted.

18. The Deister Watch Clock System be utilized for all checks throughout the 24 hour period.

19. The staff record all contact and interactions with inmates on suicide risk high and suicide risk medium in one of the logbooks available.

20. That staff is encouraged to have more visibility on the units and more contact with inmates generally.

21. For inmates rated a suicide risk medium, staff engage and document such engagement at least three times per shift. The optimum of course would be every 30 minutes.

22. That where a person whose death is the subject of a fatality inquiry pursuant to *The Fatality Inquiries Act* S.M. 1989-90, c.30 Cap. F52 has died while an inmate of a provincial correctional facility, or a provincial mental health facility, or in any other circumstance where civil liability on the part of the Crown, or a Department of Government is an issue, or where the conduct, or a decision, or treatment of or by an employee or official of the government may need to be examined in the course of the proceedings, that the minister of Justice consider appointing independent counsel for the inquiry, under the direction of either the Chief Medical Examiner's office, or more preferably, the Provincial Ombudsman, to appear for the purpose of calling the evidence to be heard.

23. That *The Fatality Inquiries Act* S.M. 1989-1990, c.30 Cap. F52 be amended to provide for the automatic appointment of independent counsel in the circumstances outlined above, with the provincial judge presiding at the inquest having the authority to resolve any such question at the request of any party to the proceeding.

24. That inquiries under *The Fatality Inquiries Act* of the Province of Manitoba be given the originals of all relevant documents and that legislation be amended if necessary to effect this.

CASE FILE NO. 2160/98

Cause of Death: Hanging.

Manner of Death: Suicide.

Circumstances: This 40 year-old female was an involuntary patient in an unlocked psychiatric Health Sciences Centre ward. She suffered from depression and chronic suicide ideation. On September 5, 1998 she was admitted as a voluntary patient. Her status changed later that

day to involuntary as a result of her inability to contract with staff for her own safety. In the days following improvement in her condition was noted and she was permitted to occasionally leave the hospital. On September 11, 1998, after a stressful family meeting, she left both the ward and the hospital complex, went to a nearby hotel, and committed suicide by hanging. She was successfully resuscitated but died September 15, 1998.

Judicial Recommendations:

A de-briefing session should be held between the patient and hospital staff immediately following a stressful event or meeting.

Summary of Chief Medical Examiner's Recommendations to the Minister of Family Services - 1999

Section 10(1) of *The Fatality Inquiries Act* states:

> Where the chief medical examiner receives an inquiry report with respect to a deceased child and, at the time of death of the child or within the two year period preceding the death,
>
> (a) the child is or was in the care of an agency as defined in The Child and Family Services Act; or
>
> (b) a parent, guardian or sibling of the child is or was in receipt of services under The Child and Family Services Act;
>
> the chief medical examiner shall, for the purpose of assessing the quality or standard of care or service provided to the child or to the parent, guardian or sibling of the child, examine the records of the agency with respect to the child or the parent, guardian or sibling and shall review the actions taken by the agency in relation to the child or the parent, guardian or sibling.

In carrying out this review, the Chief Medical Examiner is authorized to examine agency records and to make necessary confidential copies as required, to interview agency staff, and to exercise any other investigative powers under *The Fatality Inquiries Act*, Sections 7(5) and 9(7).

In accordance with subsection 10(5), the CME may include in the annual report, a summary of the recommendations contained in the reports prepared under subsection 10(3) in the previous year. This summary is provided without disclosing the name of an individual or agency or any information that might identify a child or the parent or guardian of a child.

In addition to the 17 deaths described below, reviews of the deaths of nine more children were conducted during 1999 (a total of 26 cases). The Chief Medical Examiner made no recommendations regarding these nine deaths with respect to the services provided by the Agencies concerned. The Chief Medical Examiner commended the Agency in one of these nine cases for the quality of the service provided to the child and family.

CASE FILE NO. 0905/97

Cause of Death: Aspiration pneumonia.

Manner of Death: Natural.

Circumstances: A child in voluntary foster care died in hospital.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made five recommendations concerning the services provided to the deceased child and his/her family by the two agencies involved. The first recommendation, directed to Agency A was that early intervention and prevention services be developed and implemented for families in which parents abuse alcohol and other drugs in order to reduce damage to the children concerned and to prevent a pattern of repeated file openings and closings. The second recommendation to Agency A was that appropriate and timely efforts be made to contact other CFS agencies providing service to the same family. The third recommendation to Agency A was that family assessments be accurate, current and comprehensive and that risk assessments be completed when there is chronic neglect and parental substance abuse. With respect to Agency B, the Chief Medical Examiner recommended that the agency respond in a timely manner, documenting contacts in its files. The final recommendation was for a progress report on one of the deceased child's siblings who was thought to have FAS/FAE.

CASE FILE NO. 3134/97

Cause of Death: Asphyxia due to hanging.

Manner of Death: Suicide

Circumstances: A youth in voluntary foster care committed suicide.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made nine recommendations concerning the services provided to this child and his/her family. The first five recommendations, directed to Agency A, recommended that assessments be completed on the child's mother and the siblings remaining in the mother's care, that planning begin for siblings in foster care and that a sibling receive therapy. In addition, it was recommended that visits to siblings in foster care are suspended temporarily to stabilize their situations and that the family's files contain an assessment of identified issues linked to treatment goals and plans. The sixth recommendation was that the actions of a foster parent be reviewed with respect to working cooperatively with Agency A. The seventh was that the agency develop a policy to ensure that a child's need for stability takes precedence over the convenience of adults.

The eighth recommendation, directed to Child Protection and Support Services of Manitoba Family Services and Housing
, was that a convicted child abuser be placed on the provincial registry if the necessary criteria were met. The final recommendation, directed to Agency B, was that the family's history be updated on the Child and Family Services Information System (CFSIS) and that Agencies A and B plan jointly for the family should Agency B become involved again.

CASE FILE NO. 0449/98

Cause of Death: Pneumonia.

Manner of Death: Natural.

Circumstances: A child in voluntary foster care died in hospital.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made eight recommendations concerning the services provided by two agencies. The first recommendation was that Agency A, in cooperation with Agency B, complete an assessment of the mother. The second recommendation to Agency A was that service goals and objectives be recorded and used to evaluate and measure the progress of the family. The third and fourth recommendations, directed to Agency B, were that a social assessment be completed on two surviving siblings in addition to an assessment of a prospective guardian for the children. The fifth recommendation was that Agency B consider adopting the province's Child and Family Services Information System (CFSIS) to standardize and enhance its information retrieval capabilities. It was also recommended that both agencies form a closer liaison with a local women's shelter. In the seventh recommendation, Agency A was directed to consider the implications of the deceased child's mother's relationship with a man on the provincial child abuse registry as they were expecting a child. The final recommendation was directed to Child Protection and Support Services of Manitoba Family Services and Housing and recommended the development of a Program Standard to address the complexities inherent in providing service to families who move frequently between agency jurisdictions or who live in an area serviced by two agencies.

CASE FILE NO. 2033/98

Cause of Death: Meningitis due to Echovirus 30.

Manner of Death: Natural.

Circumstances: A child died in hospital.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner recommended that the Agency ensure investigations of referrals concerning children who may be in need of protection are completed within the time specified in the provincial program standards.

CASE FILE NO. 2242/98

Cause of Death: Smoke inhalation.

Manner of Death: Accident.

Circumstances: A child died in a house fire started by children playing with lighters.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner recommended that the Agency meet provincial standards with respect to implementing service plans and monitoring the progress of families.

CASE FILE NO. 2243/98

Cause of Death: Smoke inhalation.

Manner of Death: Accident.

Circumstances: A child died in a house fire started by children playing with lighters.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner recommended that the Agency meet provincial standards with respect to implementing service plans and monitoring the progress of families.

CASE FILE NO. 2372/98

Cause of Death: Effects of smoke inhalation.

Manner of Death: Accident.

Circumstances: A child died in a house fire started by children playing with lighters.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner recommended that the Agency meet provincial standards with respect to implementing service plans and monitoring the progress of families.

CASE FILE NO. 2392/98

Cause of Death: Asphyxia due to hanging.

Manner of Death: Suicide.

Circumstances: A youth committed suicide at home.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made three recommendations. The first was that the agency ensure that information concerning the family's history and the deceased child's history of abuse is placed on the Child and Family Services Information System and on the agency files of the family and the deceased child. The second recommendation was that should the family return to Manitoba, a thorough social assessment of the family be undertaken. The final recommendation was that the agency ascertains the family's location outside Manitoba and make appropriate referrals to ensure the safety of the children and to discover if a convicted child abuser continues to reside with the family.

CASE FILE NO. 2698/98

Cause of Death: Hypothermia.

Manner of Death: Homicide.

Circumstances: A child was abducted and confined in cold weather.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made two recommendations concerning the services provided to this child and his/her family. The first was that the Agency provide child protection services to the surviving sibling including an assessment of the family's situation. The second recommendation was that the Agency workers regularly record case notes on the CFSIS to prevent the loss of information.

CASE FILE NO. 2779/98

Cause of Death: Multi-systemic organ failure.

Manner of Death: Natural.

Circumstances: An infant died in hospital.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made four recommendations. Two recommendations dealt with an Agency reducing the delay experienced in providing family support services to families with medical emergencies. The third recommendation was that childcare services be made available by the province to parents living in medical residences in Winnipeg (such as Ronald McDonald House) due to children's medical health problems. The fourth recommendation was that the Province provide funds for emergency family support services to families of terminally ill children.

CASE FILE NO. 3006/98

Cause of Death: Bronchopneumonia.

Manner of Death: Natural.

Circumstances: An infant died in a residential care facility.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made nine recommendations concerning the services provided to this infant and his/her family. Three recommendations dealt with ensuring that the facility's caregivers have and use CPR training appropriately and that medical emergencies are dealt with in a manner that ensures children receive help as quickly as possible. Three recommendations addressed the need for the two agencies concerned to update and correct information about the family in their files and on CFSIS. Two recommendations dealt with Agency B bringing its files on the surviving siblings into compliance with provincial standards. The final recommendation was that Agency B undertake permanency planning for the eldest surviving sibling.

CASE FILE NO. 3174/98

Cause of Death: Fungal infection.

Manner of Death: Natural.

Circumstances: An infant with congenital abnormalities died in hospital.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner's three recommendations relate to concerns that arose during the review about past abuse by one particular individual. The first recommendation was that a meeting of child protection and law enforcement officials be convened to review eleven incidents of reported sexual abuse by that individual. The second recommendation was that the concerns that exist with respect to this individual be entered into CFSIS in a format to ensure that any future contacts or checks concerning this individual reveal these serious concerns. The final recommendation is that the agency explore ways to assist adults who have been victimized in the past, emphasizing the importance of early reporting of abuse and that resulting referrals are fully investigated as required in The Child and Family Services Act.

CASE FILE NO. 50/99

Cause of Death: Sudden Unexplained Infant Death (SUID).

Manner of Death: Undetermined.

Circumstances: An infant died of an undetermined cause after a physical assault.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made seven recommendations concerning the services provided to this family by two CFS agencies. The first recommendation was that Agency A complete a comprehensive risk assessment on the family. The second was that Agencies A and B improve interagency and collateral agency information sharing. The third recommendation was that verbal referrals from Agency B to Agency A be followed-up in written form. The fourth recommendation dealt with the need for Agency A to assess the foster home of a surviving sibling. The fifth and sixth recommendations were that Agency B develop a permanency plan for a surviving sibling and that information in files be kept according to provincial standards. The last recommendation dealt with an outstanding historical sexual abuse investigation by Agency B.

CASE FILE NO. 467/99

Cause of Death: Peritonitis due to ruptured duodenum.

Manner of Death: Accident.

Circumstances: A child in foster care died after a snowmobile accident.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made five recommendations concerning the services provided to this child and his/her family. The first was that the agency undertake a social assessment followed by the development and implementation of a treatment plan for the family. The second recommendation was that the surviving siblings receive developmental and medical assessments. The third was that the Agency maintain files according to provincial standard with respect to the treatment services provided to families. The CME's fourth recommendation was that an historical report of child abuse in a foster home be investigated. The final recommendation was that provincial standards for monitoring children while in care and discharging them safely from care be followed by the agency.

CASE FILE NO. 941/99

Cause of Death: Prematurity.

Manner of Death: Natural.

Circumstances: A premature infant died soon after birth.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner recommended that, should one of the parents have more children, an assessment of that individual's parenting abilities be completed. A similar concern about the deceased child's grandparents was included in the same recommendation.

CASE FILE NO. 1134/99

Cause of Death: Asphyxia due to hanging.

Manner of Death: Suicide.

Circumstances: Death in a foster home of a child in voluntary foster care.

Recommendations:

The Chief Medical Examiner made eleven recommendations concerning the services provided by two CFS agencies. The first recommendation was that a historical allegation concerning abuse by a foster parent be investigated by Agency A. Two recommendations dealt with the conditions in the foster home where the child died. Three recommendations (to Agencies A and B and to the Child Protection and Support Services of Manitoba Family Services and Housing dealt with the need for clear policies about agency employees being licensed as foster parents. Two recommendations dealt with Agencies A and B updating their histories of the deceased child's siblings and developing permanency plans for the three youngest siblings. The ninth recommendation was that Agency B resolve a historical abuse allegation against a consultant employed by Agency A. The tenth was that Agency A open and maintain family files for children in care and that assessment, planning and intervention services be provided according to provincial program standards. The final recommendation was that Agency A review with its staff the need to report promptly to police any matters requiring their investigation.

CASE FILE NO. 1802/99

Cause of Death: No anatomical cause found.

Manner of Death: Undetermined.

Circumstances: An infant died at home.

Recommendations:

The CME made three recommendations in this case. First, that the Agency undertake a thorough social assessment of the family. Second, that the Agency undertake a social assessment of the family of the deceased child's aunt and third, that the Agency communicate directly with the deceased child's parents.

For more information or additional copies of this report,
please contact:

Office of the Chief Medical Examiner
210 – 1 Wesley Avenue
Winnipeg MB R3C 4C6

Tel: 204/945-2088
Fax: 204/945-2442

Justice Manitoba
Manitoba Justice

Manitoba

Bureau du médecin légiste en chef

Bureau du médecin légiste en chef – Rapport Annuel 1999

Notes d'explication::

1. Page 5: Note sur l'ensemble des cas:

   Débutant avec le Rapport Annuel 1999, le nombre total des cas inclus sous la catégorie ensemble des cas, comprend tous les cas rapportés au bureau du médecin légiste en chef. Les donnés totals soumis pour les années avant 1999 inclus seulement les cas qui ont éte certifiés par un médecin légiste et les cas non-médicaux qui ont été examinés par les médecins légistes enquêteurs. Ces totals ne visent pas certains enquêtes qui ne sont pas considérés médicaux, tels que les décès dans les foyers de soins personnelles. Ces cas n'ont pas besoin d'être certifiés par un médecin légiste. Alors les donnés de l'année 1999 répresentent un total plus précis des cas annuels examinés par le Bureau du médecin légiste en chef.

2. Page 12: Décès des enfants pris en charge:

   La définition d'un "enfant pris en charge" sous la *Loi Sur Les Enquêtes Médico-Légales* est différent de celui sous la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille.* "Pris en charge" veut dire un enfant qui est dans une famille d'accueil sous un ordre de la cour provinciale ou lorsque les parents ont faitent demande volontaire pour faire placer leur enfant hors de la maison.

   Le nombre de décès des enfants "pris en charge" examinés sous *La Loi des Enquêtes Médico-Légales* inclus les enfants, les parents, un tuteur, un frère ou une soeur qui, au moment du décès ou dans les deux ans qui ont précédé le décès, recevaient les services prévus par la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille.* Inclus dans ces donnés sont les enfants fragiles, les enfants morts par accidents, les suicides adolescents et les enfants des familles qui sont en risque de mauvais traitement.

Bureau du médecin légiste en chef

RAPPORT ANNUEL

1999

A.T. Balachandra, M.B.B.S., F.R.C.P.C., F.C.A.P.
Médecin légiste en chef

Table des matières

Historique de la fonction de médecin légiste	1
Introduction	3
Statistiques sur l'ensemble des cas – 1999	5
Catégories de décès ayant fait l'objet d'enquêtes et d'attestations	7
Homicides	7
Suicides	8
Morts accidentelles	10
Morts dont la nature est inconnue	11
Morts naturelles	12
Résumé des morts d'enfants	13
Enfants pris en charge	13
Mort subite du nourrisson	14
Nombre de morts au Manitoba – Examen de la décennie	15
Enquêtes médico-légales	18
Résumé des enquêtes médico-légales et des recommandations pour 1999	19
Recommandations du médecin légiste en chef au ministre des Services à la famille – 1999	24

Historique des fonctions de médecin légiste

L'ensemble des fonctions actuelles de médecin légiste résulte de l'évolution des fonctions anciennement attribuées au coroner pour lui permettre de remplir ses obligations juridiques et non juridiques.

Le terme « coroner » tire son origine de l'ancienne orthographe française du mot « crown ». On a originellement créé la charge de « crowner » (représentant de la Couronne) dans le but de s'assurer que la Couronne recevait les revenus qui lui revenaient à la suite de morts subites ou inexpliquées.

La première loi visant la charge de coroner a été le Statut de Westminster de 1275, qui a établi cette fonction pour des besoins de perception de revenus. Au cours des années, la législation britannique a modifié les responsabilités du coroner de façon que celui-ci puisse enquêter sur les morts violentes ou non naturelles. Cependant, l'élément de revenu a été conservé sous la forme d'honoraires payables au coroner pour chaque enquête médico-légale.

De par sa tradition en *common law*, le Canada a hérité des concepts de coroner et d'enquête de coroner. La *common law* a accordé au coroner le droit de porter des accusations contre des personnes à la suite d'enquêtes sur des meurtres ou d'homicides involontaires, d'amener ces personnes devant les tribunaux et d'attester de la preuve. Ces pouvoirs ont été intégrés au *Code criminel du Canada* en 1892, exception faite du pouvoir de mise en accusation, qui a été supprimé la même année.

On a, par la suite, adopté diverses lois provinciales qui ont permis de définir la sphère d'attributions et le rôle du coroner, et de confirmer son pouvoir d'enquêter sur les décès, de former des jurys et de mener des enquêtes médico-légales. La fonction de coroner subsiste encore dans certains territoires et provinces.

Compte tenu de l'évolution de la criminalistique et de la spécialisation en médecine légale de certains pathologistes, et étant donné que la plupart des cas à rapporter étaient de nature médicale, il a semblé logique que des médecins plutôt que des coroners profanes se chargent des dossiers. C'est ainsi qu'a été établie la fonction de médecin légiste.

Dès 1971, le gouvernement du Manitoba a remplacé la *Loi sur les coroners* par la *Loi sur les enquêtes médico-légales*. Ré-adoptée en 1975 et de nouveau en 1987, cette loi est restée en vigueur jusqu'au 14 mai 1990, date à laquelle on a promulgué la nouvelle *Loi sur les enquêtes médico-légales*.

La loi actuelle a comme caractéristique le partage des responsabilités entre les disciplines médicale et légale. L'enquête préliminaire sur la cause et la nature du décès est menée par un médecin dont la compétence est reconnue. L'enquête médico-légale, quand on la juge opportune, est entendue par un juge de la Cour provinciale sans jury.

Par ce bref historique, nous avons voulu souligner que la fonction de médecin légiste, bien que récente, est juridiquement et fonctionnellement en place au Manitoba et qu'elle a entièrement remplacé celle de coroner.

Introduction

En vertu de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* et de la *Loi sur les statistiques de l'état civil,* le personnel du Bureau du médecin légiste en chef est chargé de faire des recherches et des enquêtes sur toutes les morts violentes, de même que sur les décès inattendus, inexpliqués ou attribuables à l'absence de soins médicaux, et d'attester de ces morts. D'autres enquêtes visent certains décès survenus dans des hôpitaux ou des établissements. C'est notamment le cas lorsque la mort survient dans les vingt-quatre heures suivant une admission, lorsque le patient est sous anesthésie ou en période post-anesthésique, ou au cours de la période de dix jours qui suit une intervention chirurgicale. Il en est de même du décès des personnes en placement non volontaire ou des résidents dans les foyers de soins personnels. De plus, dans le cas du décès d'un enfant pris en charge par un organisme des Services à l'enfant et à la famille, le médecin légiste en chef est tenu d'examiner les mesures prises par l'organisme en question.

Le médecin légiste en chef a compétence dans toute la province du Manitoba, dont la population est d'environ 1,15 million d'habitants. Il a également compétence sur les personnes qui sont de passage dans la province.

Le réseau des médecins légistes, sous la direction du médecin légiste en chef, est administré à partir du bureau central de Winnipeg, qui compte 12 employés permanents : un directeur, six enquêteurs, un statisticien et quatre secrétaires administratives. On a recours aux services de 75 médecins légistes qui travaillent à temps partiel et sont rémunérés à l'acte. De plus, on peut faire appel à des pathologistes, à des entrepreneurs de pompes funèbres et à des services ambulanciers, également payés à l'acte.

Dans la ville de Winnipeg, les enquêteurs sont de service jour et nuit. Les médecins légistes qui travaillent à temps partiel offrent leurs services par roulement.

Dans les régions rurales du Manitoba, ainsi que dans d'autres villes comme Brandon et Thompson, les médecins légistes travaillant à temps partiel offrent leurs services sur demande jour et nuit.

Les tests de dépistage de consommation de drogues et d'alcool sont effectués par le service de biochimie de l'Hôpital général de Saint-Boniface. Pour les affaires criminelles, les tests sont effectués par le Laboratoire judiciaire de la Gendarmerie royale du Canada. D'autres examens spécialisés sont offerts sur demande, en utilisant des ressources offertes tant au Manitoba qu'à l'extérieur de la province.

En 1999, 5 567 décès ont été rapportés au Bureau du médecin légiste en chef. Le personnel du Bureau a fait enquête sur 3 200 de ces décès, ce qui représente 33 % de tous les décès survenus au Manitoba pendant l'année. Dans chaque cas ayant fait l'objet d'une enquête, le rapport produit par le médecin légiste ou l'enquêteur indiquait la cause ou la nature du décès, l'identité et l'âge du défunt, ainsi que les circonstances de la mort. Dans de nombreux

cas, des agents de police, soit la GRC, soit des services de police municipaux, ont aidé les médecins légistes à mener leurs enquêtes.

Le Bureau du médecin légiste en chef est aussi chargé d'enquêter sur tous les décès d'enfants et de repérer les situations présentant un risque. Par conséquent, si un enfant pris en charge meurt, non seulement le Bureau mène une enquête conformément à la *Loi sur les enquêtes médico-légales*, mais il examine aussi les actions prises par l'organisme des Services à l'enfant et à la famille concerné pour présenter ensuite un rapport à l'attention du ministre des Services à l'enfant et à la famille.

Le Bureau du médecin légiste en chef participe activement aux programmes de don des yeux, de tissus et d'organes. Cette participation a permis de faire régulièrement des dons à la banque des yeux et au programme de greffe du club Lions.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous les services chargés de l'application de la loi et aux organismes connexes qui ont collaboré aux enquêtes menées par le Bureau au cours de l'année. Nous remercions aussi les médecins légistes de la province qui ont fait preuve de beaucoup de dévouement et de professionnalisme malgré les conditions souvent difficiles.

Statistiques sur l'ensemble des cas - 1999

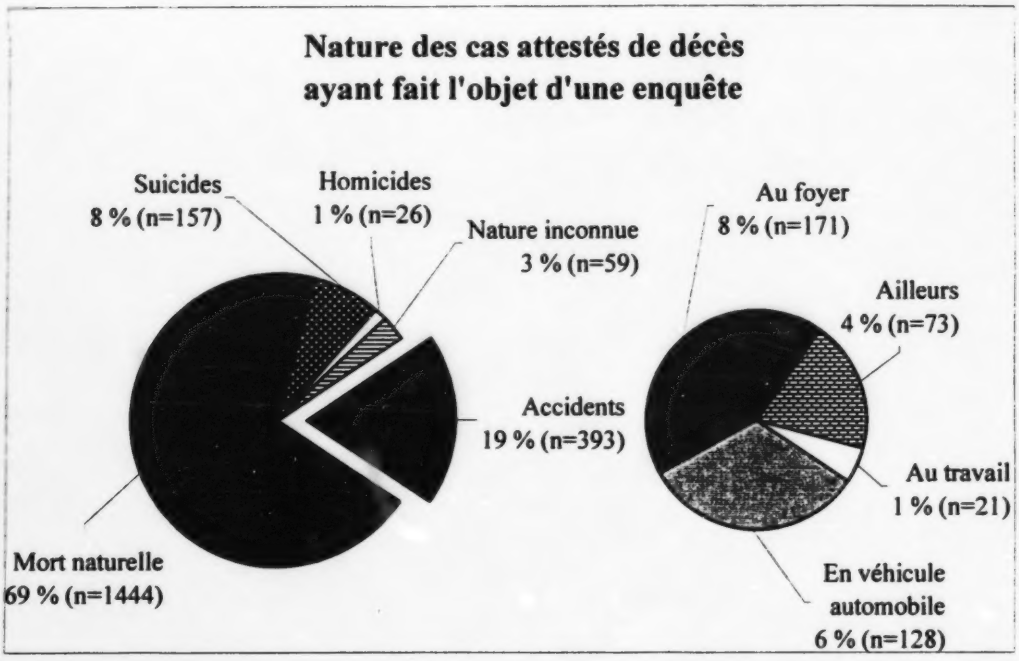
Cas attestés ayant fait l'objet d'enquêtes par les médecins légis'es	2 079
Cas n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes	3 488
Total	**5 567**

RÉPARTITION DES CAS PAR RÉGION

Nature du décès	Région urbaine	Région rurale	Total
Cause naturelle	3 423	1 509	4 932
Accidents au foyer*	138	33	171
Accidents en véhicule automobile	46	82	128
Accidents ailleurs	31	42	73
Accidents au lieu de travail	7	14	21
Suicides	75	82	157
Homicides	19	7	26
Cause inconnue	39	20	59
Total	**3 778**	**1 789**	**5 567**

*La hausse des données reflète le changement de catégorie des décès survenus à la suite de chutes dans les foyers de soins personnels, cette catégorie étant passée de naturelle à accidentelle.

Nota : Dans ces statistiques, le terme « région urbaine » se rapporte à Winnipeg et à Brandon seulement, même si d'autres villes du Manitoba pouvaient être considérées comme des « régions urbaines ».



RÉSUMÉ DU TOTAL DES CAS POUR LA PÉRIODE DE 1985 À 1999

Année	Total
1985	2 522
1986	2 605
1987	2 503
1988	2 541
1989	2 582
1990	2 633
1991	2 713
1992	2 741
1993	2 850
1994	3 150
1995	3 188
1996	3 031
1997	3 197
1998	3 178
1999	5 567

Nota : Les données de la colonne « Total » des années 1985 à 1998 ne tiennent pas compte de tous les cas n'ayant pas fait l'objet d'une enquête par les médecins

Catégories de décès ayant fait l'objet d'enquêtes et d'attestations

HOMICIDES

District	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Urbain	14	5	19
Rural	5	2	7
Total	**19**	**7**	**26**

HOMICIDES SELON L'ÂGE ET LA MÉTHODE

Méthode	Âge							Total
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60+	
Armes à feu	0	0	0	1	0	0	0	1
Arme contondante/ Violence	0	0	3	2	5	2	0	12
Arme à lame pointue/ Coupure par arme tranchante	0	1	3	2	0	0	0	6
Violence familiale	0	0	2	2	0	0	0	4
Autre	1	0	0	0	1	0	1	3
Total	**1**	**1**	**8**	**7**	**6**	**2**	**1**	**26**

SUICIDES

Région	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Urbaine	48	27	75
Rurale	67	15	82
Total	**115**	**42**	**157**

SUICIDES SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Sexe	Âge								Total
	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	>80	
Masculin :									
Non autochtones	8	8	15	23	13	8	7	5	87
Autochtones	6	11	9	1	1	0	0	0	28
Féminin :									
Non autochtones	0	4	8	6	0	2	5	2	27
Autochtones	7	6	1	1	0	0	0	0	15
Total	**21**	**29**	**33**	**31**	**14**	**10**	**12**	**7**	**157**
Taux/ 100 000 hab.	**12,82**	**18,99**	**18,97**	**18,03**	**11,26**	**11,65**	**16,59**	**16,40**	**13,68**

Nota : Le taux par 100 000 habitants est calculé en fonction de la population par groupes d'âge au Manitoba en juin 1999 (source : Santé Manitoba).

MÉTHODES DE SUICIDE

Méthode	Sexe masculin	Sexe féminin	Total	Total (en pourcentage)
Pendaison/Strangulation	45	16	61	38,9 %
Armes à feu	30	1	31	19,7 %
Oxyde de carbone	18	8	26	16,6 %
Surdose de drogue	11	9	20	12,7 %
Noyade	5	3	8	5,1 %
Saut dans le vide	4	1	5	3,2 %
Autre	2	4	6	3,8 %
Total	**115**	**42**	**157**	**100 %**

SUICIDES SELON LA RÉGION ET LE MOIS

Mois du décès	Région urbaine	Région rurale	Total
Janvier	6	1	7
Février	7	8	15
Mars	3	5	8
Avril	5	8	13
Mai	9	10	19
Juin	8	6	14
Juillet	8	13	21
Août	4	7	11
Septembre	6	6	12
Octobre	8	5	13
Novembre	7	6	13
Décembre	4	7	11
Total	**75**	**82**	**157**

MORTS ACCIDENTELLES

Accidents non routiers

Lieu de travail	Région urbaine	Région rurale	Total des morts
Secteur de la construction	3	4	7
Secteur agricole	0	6	6
Secteur de l'aviation	0	3	3
Secteur du transport	2	0	2
Secteur minier	0	1	1
Secteur de l'industrie	1	0	1
Autre	1	0	1
Total	**7**	**14**	**21**
Au foyer			
Chute	85	10	95
Surdose (drogue ou alcool)	31	7	38
Inhalation de fumée	7	12	19
Brûlure/ébouillantage	6	0	6
Asphyxie	2	2	4
Autre	7	2	9
Total	**138**	**33**	**171**
Ailleurs			
Noyade	2	19	21
Chute	11	2	13
Exposition (à un agent provoquant la mort)	3	6	9
Intoxication par l'oxyde de carbone	5	2	7
Aéronef	1	5	6
Accident thérapeutique	5	0	5
Chasse	0	3	3
Autre	5	4	9
Total	**31**	**42**	**73**

Accidents en véhicules automobiles

	Région urbaine	Région rurale	Nombre total de morts
Véhicule – véhicule	17	31	48
Un seul véhicule	5	30	35
Véhicule – piéton	16	8	24
Motoneige	1	5	6
Plusieurs véhicules	2	1	3
Véhicule – motocyclette	2	1	3
Véhicule – train	1	1	2
Trois-roues - véhicule tout terrain	0	2	2
Mini vélo – vélo tout terrain	1	1	2
Véhicule de plaisance	0	1	1
Véhicule – objet fixe	1	0	1
Véhicule – bicyclette	0	1	1
Total	**46**	**82**	**128**

	Région urbaine	Région rurale	Nombre total de morts
Accidents non routiers	176	89	265
Accidents routiers	46	82	128
Nombre total de morts accidentelles	**222**	**171**	**393**

MORTS DONT LA NATURE EST INCONNUE

Cause du décès	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Aucune cause physique connue	10	3	13
Surdose (drogue ou alcool)	3	5	8
Inhalation de fumée	3	1	4
Noyade	2	0	2
Asphyxie	1	0	1
Autre	20	11	31
Total	**39**	**20**	**59**

MORTS NATURELLES

Cas attestés de morts naturelles selon la cause

Cause du décès	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Maladie du cœur	514	232	746
Maladie pulmonaire	135	97	232
Hémorragie	78	75	153
Postopératoire	37	24	61
Cancer	23	28	51
Cause inconnue	6	6	12
Préopératoire	7	1	8
Mort-né	3	0	3
Autre	95	83	178
Total	**898**	**546**	**1 444**

Cas attestés de morts naturelles selon l'âge

Groupe d'âge	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Mort-né	3	0	3
Moins d'un an	25	19	44
1-9	7	1	8
10-19	8	3	11
20-29	5	7	12
30-39	22	7	29
40-49	67	25	92
50-59	125	60	185
60-69	197	92	289
70-79	265	147	412
80-89	143	143	286
90-99	31	39	70
Plus de 100 ans	0	3	3
TOTAL	**898**	**546**	**1 444**

Nota : Depuis le mois de mai 1995, à la suite d'une décision de la Cour provinciale du Manitoba, les cas de mortinatalité ne font plus l'objet d'enquêtes.

Résumé des morts d'enfants (âgés de 0 à 17 ans inclusivement)

Nature du décès	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Causes naturelles*	36	20	56
Causes naturelles**	49	29	78
Accidents au foyer	6	2	8
Accidents hors du foyer	5	3	8
Accidents de véhicule automobile	11	12	23
Accidents au lieu de travail	1	0	1
Suicides	10	6	16
Homicides	1	0	1
Causes inconnues	11	5	16
Total	**130**	**77**	**207**

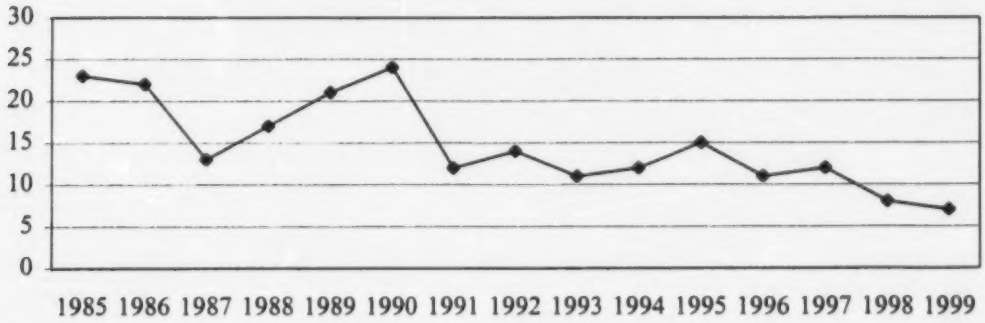
*Cas attestés de mort naturelle ayant fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes.
**Cas de mort naturelle ayant fait l'objet d'enquêtes par les enquêteurs du médecin légiste seulement.

CAS RAPPORTÉS DE DÉCÈS D'ENFANTS PRIS EN CHARGE*

Année	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
1991	16	17	33
1992	16	10	26
1993	18	12	30
1994**	36	32	68
1995**	27	21	48
1996***	33	19	52
1997	30	31	61
1998	30	25	55
1999	42	27	69
Total	**248**	**194**	**442**

*Conformément au paragraphe 10(1) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales*, un « enfant pris en charge » est un enfant qui, au moment du décès ou dans les deux ans qui ont précédé le décès, avait été confié à un office au sens de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille;* ou dont l'un des parents, un tuteur ou un frère ou une sœur recevait les services prévus par la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*.
**Les cas de mortinatalité étaient rapportés en 1994 et 1995. Depuis le mois de mai 1995, à la suite d'une décision de la Cour provinciale du Manitoba, les cas de mortinatalité ne font plus l'objet d'enquêtes.
***La mise à jour des données de 1996 a été fournie par le ministère des Services à la famille.

Cas de mort subite du nourrisson (MSN) au Manitoba de 1985 à 1999



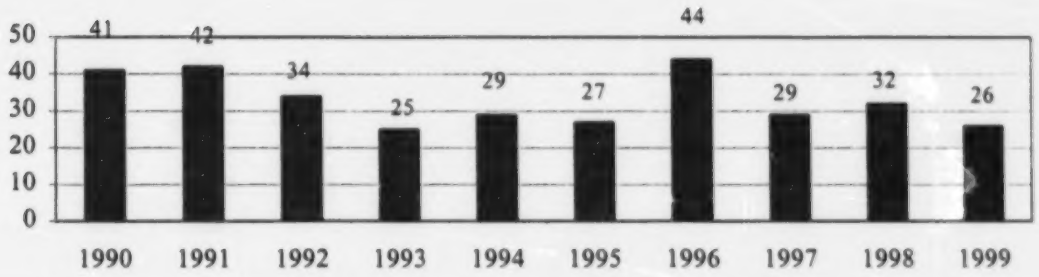
L'incidence globale d'un cas de mort subite du nourrisson est de 1 cas sur 2 000 naissances vivantes. Bien que la MSN puisse survenir à n'importe quel moment durant la première année de la vie, c'est au cours des quatre premiers mois qu'elle se produit le plus souvent au Manitoba.

MORT SUBITE DU NOURRISSON (MSN)

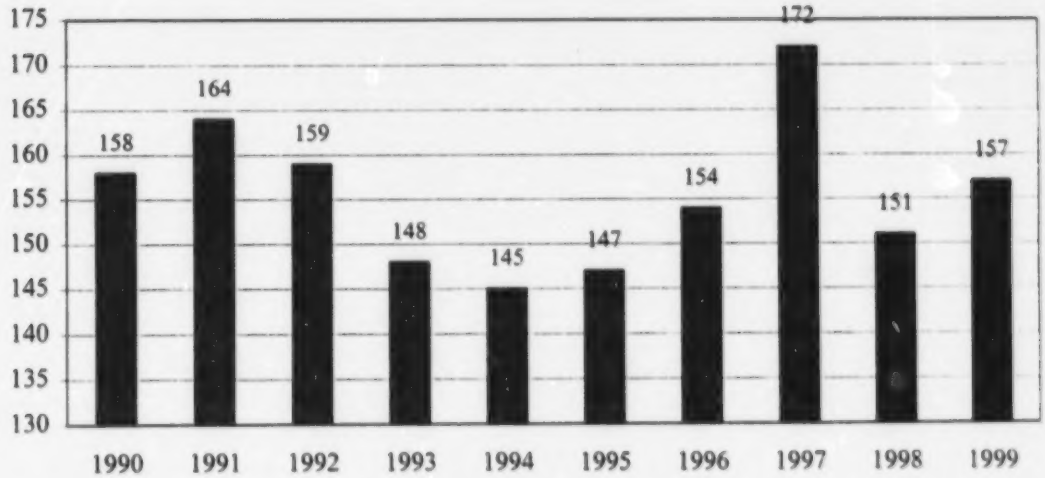
Groupe d'âge	0-4 mois	5-8 mois	9-12 mois	Total
Janvier	1	0	0	1
Février	0	0	0	0
Mars	1	0	0	1
Avril	1	0	0	1
Mai	1	0	0	1
Juin	0	0	0	0
Juillet	1	0	0	1
Août	0	0	0	0
Septembre	1	0	0	1
Octobre	0	0	0	0
Novembre	0	0	0	0
Décembre	1	0	0	1
Total	**7**	**0**	**0**	**7**

Nombre de morts au Manitoba – Examen de la décennie

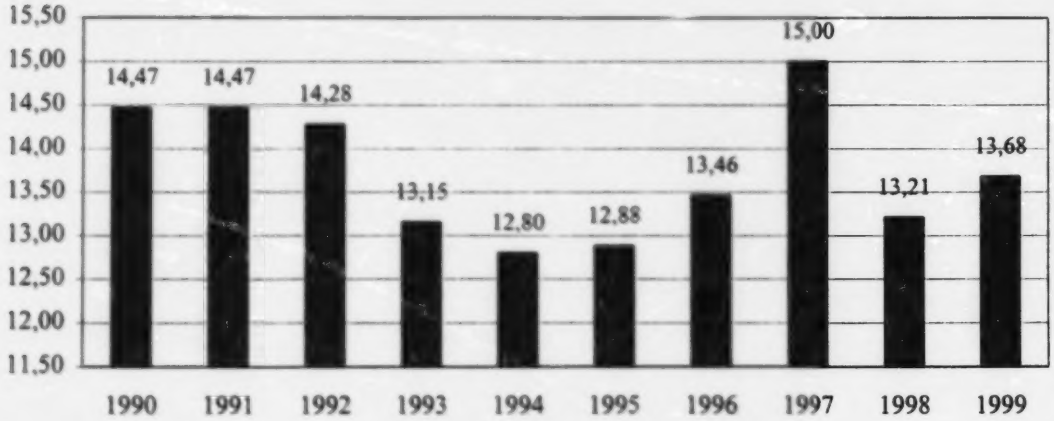
HOMICIDES
1990 - 1999



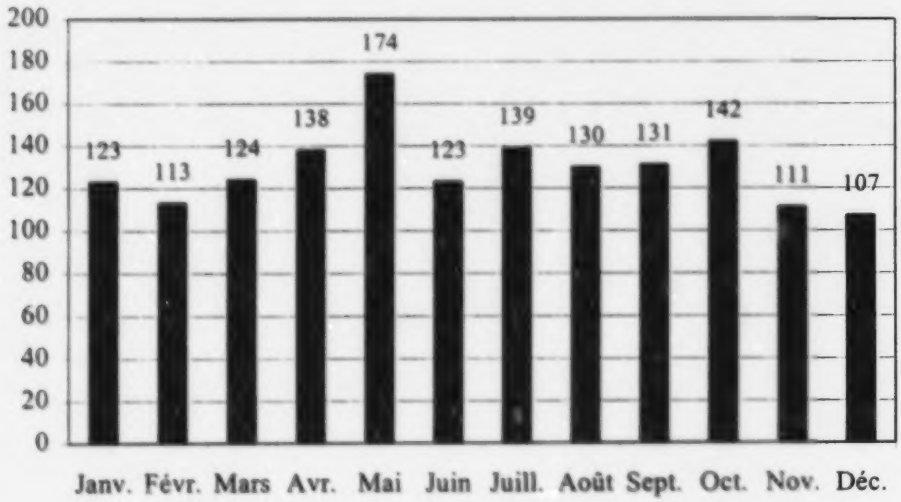
SUICIDES
1990-1999



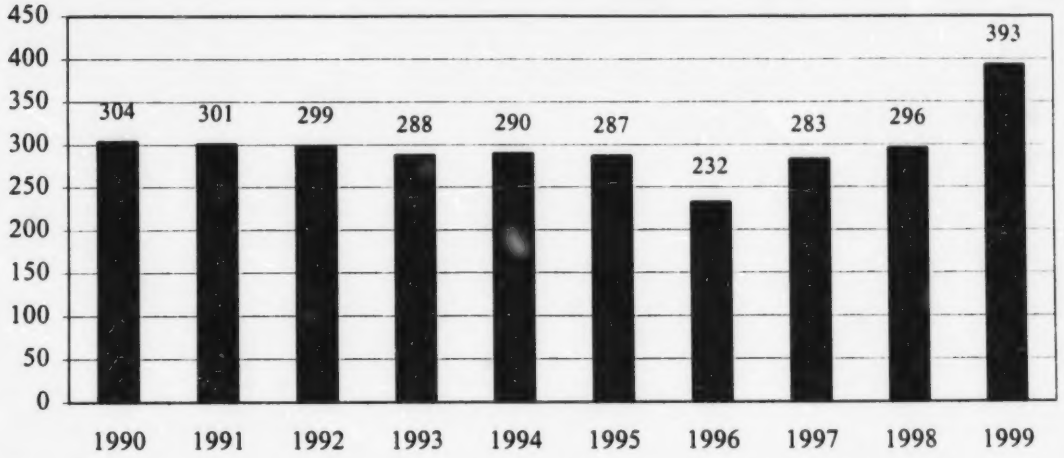
TAUX DE SUICIDE PAR TRANCHE DE 100 000 HABITANTS AU MANITOBA PAR ANNÉE



NOMBRE DE SUICIDES PAR MOIS (de 1990 à 1999)

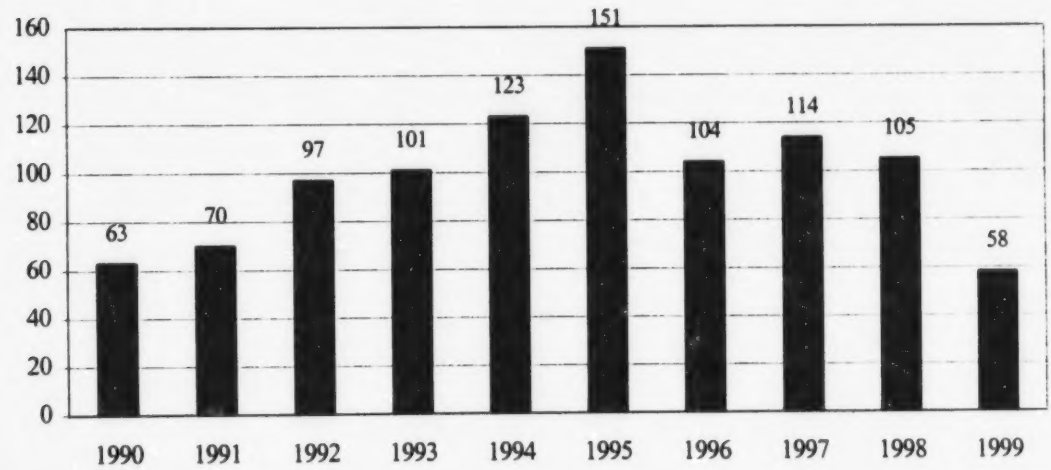


MORTS ACCIDENTELLES
DE 1990 À 1999



Nota : À partir de 1999, la hausse des données reflète le changement de catégorie des décès survenus à la suite de chutes dans les foyers de soins personnels, cette catégorie étant passée de naturelle à accidentelle.

MORTS DONT LA CAUSE EST INCONNUE
DE 1990 À 1999



RÉSUMÉ DES ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

Rapports d'enquête en instance (au 31 décembre 1998)	11
Cas ayant fait l'objet d'une enquête (du 1er janvier 1999 au 31 décembre 1999)	6
Rapports d'enquête soumis (du 1er janvier 1999 au 31 décembre 1999)	8
Rapports d'enquête en instance (au 31 décembre 1999)	9

CATÉGORIES D'ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

Résumé des rapports d'enquête présentés
(du 1er janvier 1999 au 31 décembre 1999).

Hôpital ou établissement	Accidentelle	1
	Naturelle	1
	Suicide	1
	Total	**3**
Police ou incarcération	Suicide	1
	Total	**1**
Emploi	Nature inconnue	1
	Accidentelle	1
	Total	**2**
Autre	Naturelle	1
	Nature inconnue	1
	Total	**2**
Total des rapports d'enquête présentés en 1999		**8**

Résumé des enquêtes médico-légales et des recommandations pour 1999

Le résumé de quatre des huit rapports d'enquête présentés en 1999 se trouve dans le Rapport annuel de 1998.

DOSSIER DU CAS N^{O} 2122/94

Cause du décès : Œdème aigu du poumon causé par une surdose de médicaments

Nature du décès : Inconnue

Circonstances : Cet homme de 34 ans atteint de schizophrénie était traité par un psychiatre, mais ne suivait pas la médication indiquée. Il avait été admis dans une unité psychiatrique le 11 juillet 1994 et il en était sorti le 30 août 1994. Le 9 septembre 1994, on a trouvé son corps en position ventrale submergé dans un à deux pieds d'eau dans un fossé de drainage de la ligne principale du Canadien Pacifique.

Recommandations judiciaires :

Aucune recommandation.

DOSSIER DU CAS N^{O} 2140/94

Cause du décès : Hyponatrémie (manque de sodium)

Nature du décès : Mort naturelle

Circonstances : Ce garçonnet de deux ans et demi a été amené à un établissement local de soins de santé. Les parents ont dit au personnel médical que l'enfant souffrait depuis quelques jours de symptômes ressemblant ceux de la grippe. On lui avait donné des aliments liquides et de l'eau et on l'avait mis au lit. À l'heure du coucher, les tuteurs de l'enfant sont allés vérifier son état. Ils l'ont trouvé en train de s'étouffer, de vomir et d'éprouver des difficultés respiratoires et l'on alors amené à l'hôpital À son arrivée à l'hôpital, l'enfant ne respirait plus et sa condition était critique. Ses pupilles étaient fixes et dilatées, ce qui indiquaient une privation d'oxygène au niveau du cerveau. Il a été immédiatement transporté au Children's Centre de Winnipeg. Au Centre des sciences de la santé, l'enfant a été prononcé en état de mort cérébrale et on a débranché le système d'assistance cardio-respiratoire.

Recommandations judiciaires :

En conclusion, même si le foyer nourricier avait reçu une évaluation acceptable, la surveillance de l'enfant, une fois qu'il y fut confié, n'a pas respecté les normes actuelles établies dans le guide des services à l'enfant et à la famille. Les recommandations suivantes ont été faites :

1. Que le nombre d'enfants pris en charge soit réduit à un montant plus acceptable, plutôt que de dépasser de deux et demi à trois fois le nombre recommandé.

2. Que l'on tienne compte du fait qu'un nombre important de foyers nourriciers sont situés dans les régions rurales en ce qui a trait au facteur de temps accordé à la supervision de ces foyers ou que l'on embauche du personnel venant directement de la collectivité même où se trouve le foyer nourricier.

3. Que les normes établies soient respectées ou modifiées de façon à ce qu'elles correspondent adéquatement à la situation.

4. Que la recommandation du Bureau du protecteur des enfants, de réviser la norme prévoyant un contrôle des foyers nourriciers tous les quatre mois au minimum, soit mise en œuvre.

DOSSIER DU CAS N^{O} 0880/98

Cause du décès : Pendaison

Nature du décès : Suicide

Circonstances : Cet homme de 19 ans s'est pendu alors qu'il était détenu dans un établissement de correction. On l'a trouvé pendu dans sa cellule le 10 avril 1998. On l'a détaché et transporté d'urgence au Brandon General Hospital où toutes les tentatives de réanimation ont échoué. Il est mort le 12 avril 1998 sans être sorti du coma.

Recommandations judiciaires :

1. Que la responsabilité des gestionnaires de cas soit énoncée dans les ordres permanents avec des instructions explicites à l'égard des détenus suicidaires, que ceux-ci présentent un risque élevé, moyen ou faible de suicide. Les gestionnaires de cas devraient apprendre à être attentifs pendant leurs conversations routinières avec les détenus suicidaires afin de reconnaître des propos ou des actions suspectes et les porter à l'attention du personnel infirmier de garde.

2. Que l'on consulte le responsable de cas lorsque l'évaluation du risque de suicide que présente un détenu passe du niveau élevé au niveau moyen.

3. Que la politique et les ordres permanents du Service correctionnel énoncent clairement le nombre de vérifications qui doivent être effectuées chaque heure auprès des détenus présentant des risques moyens de suicide. Au moins toutes les demi-heures, mais non à des intervalles réguliers, on devrait entamer la conversation avec ces détenus et vérifier leur état. Le dispositif de détection utilisé en soirée pour faire ces vérifications devrait enregistrer ces contrôles.

4. Qu'à chaque quart de travail, un « gestionnaire de cas » soit affecté à chaque détenu, c'est-à-dire que pendant chaque quart de service une personne soit chargée de converser avec les détenus suicidaires et de préparer un rapport de ces conversations à l'attention du personnel infirmier de garde.

5. Que lorsqu'un détenu est évalué en tant que suicidaire, un membre de l'établissement soit chargé d'obtenir le nom des personnes avec qui il est intime ou ami. Ces personnes pourraient fournir des renseignements sur les antécédents du détenu et on pourrait leur demander de lui rendre visite ou de l'appeler au téléphone.

6. Que tous les nouveaux membres du personnel du Brandon Correctional Institute reçoivent une formation sur la prévention du suicide aussitôt que possible après l'embauche, et que tous les membres du personnel assistent à des cours de recyclage dans les 12 mois suivant la formation initiale ou un cours de recyclage antérieur.

7. Que les ordres permanents soient modifiés de façon à prescrire une évaluation psychiatrique chaque fois qu'un médecin généraliste le recommande.

8. Que tout changement dans l'évaluation du risque de suicide d'un prévenu soit porté dans son dossier, ainsi que dans le registre de l'unité et dans le registre médical, en utilisant une encre de couleur différente. De cette façon, le personnel en entier serait averti de tout changement du niveau de risque de suicide que présentent les détenus.

9. Que les compagnons de chambre de détenus suicidaires soient soigneusement choisis et renseignés sur ce qui peut susciter des inquiétudes en matière de suicide, sur les activités à éviter et sur le genre de conversations susceptibles d'aider les détenus qui posent un risque.

10. Que des membres du personnel médical soient de service sept jours sur sept toutes les semaines.

11. Que le consentement d'un détenu ne soit pas exigé pour avoir accès à ses antécédents psychiatriques. La loi qui établit la nécessité d'obtenir ce consentement devrait être modifiée. La recommandation est que le dossier des antécédents soit mis à la disposition du personnel des Services correctionnels dans les 24 heures qui en suivent la demande.

12. Que les appels codés soient uniformisés, et faire en sorte que les personnes concernées reconnaissent la signification de chaque code.

13. Que chaque membre du personnel s'entraîne au moins quatre fois par an à lancer des appels codés.

14. Que la réaction au code indiquant qu'un détenu s'est pendu ou a fait une tentative de suicide soit d'amener un couteau à cran de sûreté, une canule raccord et l'oxygène.

15. Que le personnel apprenne à utiliser la canule raccord et l'oxygène.

16. Que les évents d'aération soient couverts ou fabriqués de façon à ne pas permettre l'introduction d'une matière textile nouée ou de tout autre article qui pourrait servir à retenir un nœud coulant.

17. Qu'un psychiatre examine les détenus suicidaires posant un risque élevé de suicide dans les 48 heures suivant la détermination de ce degré de risque. Avant d'abaisser, d'élevé à moyen, le degré de risque de suicide que pose un détenu, on devrait demander l'avis d'un psychiatre.

18. Que le système de contrôle de ronde Deister soit utilisé pour tous les contrôles effectués au cours de la période de 24 heures.

19. Que le personnel inscrive dans l'un des registres existants tous les rapports et les échanges intervenus entre les détenus qui présentent un risque élevé de suicide et ceux qui présentent un risque moyen.

20. Que l'on encourage le personnel à maintenir une plus grande présence au sein des unités et, de façon générale, à avoir plus de rapports avec les détenus.

21. Qu'au moins trois fois par quart de service, le personnel engage la conversation avec les détenus qui présentent un risque moyen de suicide, et qu'il en dresse un rapport. L'idéal serait de le faire toutes les 30 minutes.

22. Que le ministère de la Justice songe à désigner le conseiller indépendant qui effectue l'enquête, sous la direction du Bureau du médecin légiste en chef ou, de préférence, de l'ombudsman provincial, pour présenter la preuve, lorsqu'une personne dont la mort fait l'objet d'une enquête médico-légale conformément à la *Loi sur les enquêtes médico-légales* L.M. 1989-90, c.30 – Chap. F52 est décédée pendant qu'elle était détenue dans un établissement correctionnel provincial ou dans un établissement provincial de santé mentale, ou dans toute autre circonstance qui met en cause la responsabilité civile de la Couronne ou d'un ministère gouvernemental, ou qui, pourrait exiger, pendant la procédure d'enquête, l'examen de la conduite ou des décisions d'un employé ou d'un représentant du gouvernement, ou d'un traitement fournis par ces personnes.

23. Que la *Loi sur les enquêtes médico-légales* L.M. 1989-90, c.30 – Chap. F52, soit modifiée pour permettre la nomination automatique d'un conseiller indépendant dans

les circonstances ci-dessus mentionnées, et que le juge qui préside l'enquête ait l'autorité de trancher sur toute question semblable, à la demande de l'une ou de l'autre des parties concernées.

24. Que soit présenté, au cours de toute enquête effectuée en vertu de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* de la province du Manitoba, l'original des documents pertinents et, le cas échéant, que la loi soit modifiée à cet effet.

DOSSIER DU CAS N^{O} 2160/98

Cause du décès : Pendaison

Nature du décès : Suicide

Circonstances : Cette femme de 40 ans était une patiente involontaire dans une salle psychiatrique ouverte du Centre des sciences de la santé. Elle était dépressive et avait des idées suicidaires de façon chronique. Elle avait été admise le 5 septembre 1998 en tant que patiente volontaire, mais le même jour, dû à son incapacité d'arriver à un accord avec le personnel concernant sa propre sécurité, son statut avait été changé à patiente involontaire. Au courant des jours suivants, sa condition s'est améliorée et elle a reçu la permission de quitter occasionnellement l'hôpital. Le 11 septembre 1998, après une réunion de famille stressante, elle est sortie de l'unité psychiatrique et de l'hôpital et a pris une chambre dans un hôtel situé à proximité où elle s'est pendue. On a pu la réanimer, mais elle est décédée le 15 septembre 1998.

Recommandations judiciaires :

Qu'une séance d'aide soit tenue entre un patient et le personnel de l'hôpital immédiatement après une situation ou une rencontre traumatisante.

Résumé des recommandations du médecin légiste en chef au ministre des Services à la famille pour 1999

Le paragraphe 10(1) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* énonce :

> S'il reçoit un rapport d'enquête à l'égard d'un enfant décédé et si, au moment du décès ou dans les deux ans qui ont précédé le décès, l'enfant avait été confié à un office au sens de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille* ou si un des parents, un tuteur ou un frère ou une sœur de l'enfant recevait les services prévus par la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*, le médecin légiste en chef est tenu, afin d'évaluer la qualité ou le niveau des soins ou des services fournis, d'examiner les dossiers de l'office concernant l'enfant ou le parent, le tuteur, le frère ou la sœur ainsi que les mesures prises par l'office à son égard.

Dans le cadre de cet examen, le médecin légiste en chef a l'autorité d'examiner les dossiers d'un office et de faire une copie confidentielle de tout document jugé nécessaire, d'enquêter par entrevue auprès du personnel de l'office, et d'exercer, aux fins de l'investigation, tous les pouvoirs d'enquête prévus aux paragraphes 7(5) et 9(7) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales*.

Conformément au paragraphe 10(5), le médecin légiste en chef peut inclure dans son rapport annuel un résumé des recommandations contenues dans les rapports faits en vertu du paragraphe 10(3) au cours de l'année précédente. Ce résumé est fourni sans que soient divulgués des noms de personnes ou d'offices, ou des renseignements qui pourraient permettre de connaître l'identité d'un enfant, ou des parents ou du tuteur de l'enfant.

Outre les 17 décès dont la description va suivre, neuf autres décès d'enfants ont fait l'objet d'un examen en 1999 (pour un total de 26 cas). Pour ces neuf décès, le médecin légiste en chef n'a fait aucune recommandation en ce qui concerne les services fournis par les offices en cause. Dans l'un de ces neuf cas, le médecin légiste en chef a félicité l'office concerné pour la qualité des services fournis à l'enfant et à sa famille.

DOSSIER DU CAS N^{O} 0905/97

Cause du décès : Pneumonie de déglutition

Nature du décès : Mort naturelle

Circonstances : Un enfant volontairement pris en charge est mort à l'hôpital.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait cinq recommandations au sujet des services fournis à l'enfant décédé et à sa famille par les deux offices concernés. La première recommandation proposait à l'office A de planifier et de mettre en œuvre des services d'intervention précoce et de prévention à l'intention des familles au sein desquelles les parents font abus de l'alcool et d'autres drogues. Ces mesures permettraient de réduire les effets négatifs sur les enfants touchés et d'empêcher que se produise un processus répétitif d'ouverture et de fermeture de dossier. La deuxième recommandation à l'office A l'invitait à faire des démarches appropriées et opportunes pour communiquer avec tous les autres offices des Services à l'enfant et à la famille fournissant des services à la même famille. La troisième recommandation à ce même office faisait ressortir le besoin de maintenir un registre détaillé et à jour des évaluations familiales, et de remplir des évaluations de risque dans les situations de négligence chronique et lorsque les parents sont toxicomanes. En ce qui concerne l'office B, le médecin légiste en chef a proposé que l'office réagisse plus rapidement et consigne dans ses dossiers tous les renseignements sur les personnes et les ressources avec qui il a pris contact. La dernière recommandation était d'obtenir un rapport des progrès accomplis par un autre enfant de la même famille, que l'on pensait atteint du S.A.F. et victime des E.A.F.

DOSSIER DU CAS N^{O} 3134/97

Cause du décès : Asphyxie due à une pendaison

Nature du décès : Suicide

Circonstances : Un jeune volontairement pris en charge s'est suicidé.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait neuf recommandations au sujet des services fournis à cet enfant et à sa famille. Les cinq premières recommandations, qui visaient l'office A, étaient d'effectuer une évaluation de la mère du défunt ainsi que de ses frères et sœurs encore à la charge de leur mère, d'élaborer un plan pour les frères et sœurs pris en charge, et de donner une thérapie à l'un des enfants. Une autre recommandation proposait d'arrêter momentanément les visites aux frères et sœurs pris en charge afin de stabiliser leur situation, et de verser au dossier familial une revue des questions qui se posaient

relativement aux objectifs et aux plans de traitement. La sixième recommandation visait à examiner les actes d'un parent tuteur à la lumière de sa coopération avec l'office A. La septième proposait à l'office d'élaborer une politique visant à assurer que le besoin de stabilité de l'enfant prime sur le facteur de commodité de l'adulte. La huitième recommandation proposait aux Services de protection et de soutien pour les enfants, du ministère des Services à la famille et du Logement, d'inscrire dans le registre provincial le nom de tout individu ayant été reconnu coupable d'abus contre les enfants, lorsque la situation répondait aux critères appropriés. La dernière recommandation invitait l'office B à mettre à jour les antécédents de la famille sur le Système d'information sur les services à l'enfant et à la famille (SISEF) et elle suggérait aux offices A et B à dresser ensemble des plans dans le cas où l'office B serait de nouveau appelé à travailler sur le cas.

DOSSIER DU CAS N^{O} 0449/98

Cause du décès : Pneumonie

Nature du décès : Mort naturelle

Circonstances: Un enfant volontairement pris en charge est mort à l'hôpital.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait huit recommandations au sujet des services fournis par deux offices. La première recommandation était que l'office A, en commun avec l'office B, effectue une évaluation de la mère. La deuxième recommandation proposait à l'office A d'inscrire ses objectifs de service et de s'en servir pour évaluer les progrès de la famille. Les troisième et quatrième recommandations invitaient l'office B à effectuer une évaluation des habiletés sociales de deux enfants survivants, ainsi que l'évaluation d'un tuteur possible pour les enfants. La cinquième recommandation suggérait à l'office B d'adopter le Système d'information sur les services à l'enfant et à la famille (SISEF), ce qui lui permettrait d'uniformiser et d'améliorer ses capacités de recherche de l'information. Une autre recommandation invitait les deux offices à entretenir des relations plus étroites avec une maison de refuge pour femmes des environs. La septième recommandation demandait à l'office A de considérer quelles seraient les conséquences des relations intimes qu'avaient la mère de l'enfant décédé avec un homme dont le nom était inscrit dans le registre provincial des personnes ayant commis des abus contre les enfants, à la lumière du fait qu'elle était enceinte de cet homme. La dernière recommandation invitait les Services de protection et de soutien pour les enfants, de Services à la famille et Logement Manitoba, à établir des normes de programme pour traiter des problèmes inhérents à la prestation de services aux familles qui, du fait qu'elles déménageaient souvent, étaient servis par différents offices, ou aux familles habitant une zone relevant de la compétence de deux offices.

DOSSIER DU CAS N^{O} 2033/98

Cause du décès : Méningite due à l'échovirus de type 30

Nature du décès : Mort naturelle

Circonstances : Un enfant est mort à l'hôpital.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a recommandé à l'office concerné de veiller à ce que la vérification des demandes concernant les enfants qui peuvent avoir besoin de protection soit effectuée dans la période requise en vertu des normes du programme provincial.

DOSSIER DU CAS N^{O} 2242/98

Cause du décès : Inhalation de fumée

Nature du décès : Accident

Circonstances : Un enfant est mort dans un incendie de maison provoqué par des enfants jouant avec des briquets.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a recommandé à l'office concerné de respecter les normes provinciales concernant la mise en œuvre de plans de service et l'évaluation des progrès faits par les familles.

DOSSIER DU CAS N^{O} 2243/98

Cause du décès : Inhalation de fumée

Nature du décès : Accident

Circonstances : Un enfant est mort dans un incendie de maison provoqué par des enfants jouant avec des briquets.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a recommandé à l'office concerné de respecter les normes provinciales concernant la mise en œuvre de plans de service et l'évaluation des progrès faits par les familles.

DOSSIER DU CAS N^{O} 2372/98

Cause du décès : Séquelles à l'inhalation de fumée

Nature du décès : Accident

Circonstances : Un enfant est mort dans un incendie de maison provoqué par des enfants jouant avec des briquets.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a recommandé à l'office concerné de respecter les normes provinciales concernant la mise en œuvre de plans de service et l'évaluation des progrès faits par les familles.

DOSSIER DU CAS N^{O} 2392/98

Cause du décès : Asphyxie due à une pendaison

Nature du décès : Suicide

Circonstances : Un jeune s'est suicidé à la maison.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait trois recommandations. La première proposait à l'office concerné de veiller à verser les renseignements concernant les antécédents de la famille et les mauvais traitements subis par l'enfant dans le Système d'information sur les services à l'enfant et à la famille, ainsi que dans ses propres dossiers sur l'enfant décédé et sa famille. La deuxième recommandation concernait le besoin d'effectuer une évaluation sociale exhaustive de la famille, pour le cas où celle-ci déciderait de revenir s'établir au Manitoba. La dernière recommandation était que l'office se renseigne sur le nouveau lieu d'établissement de la famille à l'extérieur du Manitoba, afin de faire les renvois appropriés visant à assurer la sécurité des enfants et à déterminer si un agresseur d'enfants habitait toujours avec la famille.

DOSSIER DU CAS N^{O} 2698/98

Cause du décès : Hypothermie

Nature du décès : Homicide

Circonstances : Un enfant a été enlevé et séquestré par temps froid.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait deux recommandations au sujet des services fournis à l'enfant et à sa famille. La première proposait à l'office concerné de fournir des services de protection à l'enfant survivant, y compris une évaluation de la situation familiale. La seconde recommandation était que le personnel de l'office verse régulièrement ses observations sur le cas dans le SISEF, ce qui empêcherait toute perte d'information.

DOSSIER DU CAS N^{O} 2779/98

Cause du décès : Défaillance multiviscérale

Nature du décès : Mort naturelle

Circonstances : Un bébé est mort à l'hôpital.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait quatre recommandations. Deux recommandations invitaient l'office concerné à accélérer la prestation des services de soutien familial aux familles qui connaissent des urgences médicales. La troisième recommandation était que la Province fournisse des services de soins à l'enfance aux parents qui sont obligés de résider à Winnipeg dans des logements spéciaux, tels que la Ronald McDonald House, parce que leur enfant a besoin de soins médicaux. La dernière recommandation invitait la Province à allouer des fonds pour la prestation de services de soutien familial d'urgence aux familles ayant un enfant en phase terminale.

DOSSIER DU CAS N^{O} 3006/98

Cause du décès : Broncho-pneumonie

Nature du décès : Mort naturelle

Circonstances : Un bébé est mort dans un établissement de soins en résidence.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait neuf recommandations au sujet des services fournis à ce bébé et à sa famille. Trois recommandations soulignaient la nécessité pour les fournisseurs de soins de l'établissement de connaître la formation en RCR et de l'utiliser de façon appropriée, ainsi que celle de réagir aux urgences médicales de façon à ce que les enfants reçoivent l'aide dont ils ont besoin aussi vite que possible. Trois autres

recommandations soulevaient le besoin pour les deux offices concernés de mettre à jour et de vérifier le dossier détaillé sur la famille, dans leur propre registre et dans le SISEF. Deux recommandations invitaient l'office B à suivre les normes provinciales en ce qui concernait les dossiers tenus sur les deux enfants survivants. La dernière recommandation proposait à l'office B d'élaborer des mesures de planification permanente pour le plus vieux des enfants survivants.

DOSSIER DU CAS N^{O} 3174/98

Cause du décès : Mycose

Nature du décès : Mort naturelle

Circonstances : Un bébé ayant des anomalies congénitales est mort à l'hôpital.

Recommandations :

Les trois recommandations du médecin légiste en chef ont trait à des préoccupations soulevées par l'examen des antécédents de violence d'une personne en particulier. La première recommandation visait à convier des représentants des services de protection de l'enfance et des services de police à examiner ensemble 11 situations rapportées d'agression sexuelle impliquant cette personne. La deuxième recommandation était de consigner les craintes éprouvées au sujet de cette personne dans le SISEF de façon à ce que toute communication ou vérification future concernant cette personne fasse ressortir ces inquiétudes sérieuses. La dernière recommandation suggérait à l'office de rechercher des façons de venir en aide aux adultes ayant subi des sévices dans le passé, en soulignant l'importance de rapporter très tôt tout mauvais traitement, ainsi que la nécessité de conduire une enquête complète sur tout renvoi dont il est saisi en vertu de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*.

DOSSIER DU CAS N^{O} 50/99

Cause du décès : Mort soudaine inexpliquée du nourrisson

Nature du décès : Indéterminée

Circonstances : Un bébé est mort d'une cause inconnue à la suite d'une agression physique.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait sept recommandations au sujet des services fournis à cette famille par deux offices des Services à l'enfant et à la famille. La première recommandation proposait à l'office A d'effectuer une évaluation exhaustive des facteurs

de risque dans la famille. La deuxième recommandation proposait aux offices A et B d'améliorer l'échange d'information à l'interne entre leur propre office et à l'externe avec tout autre partie travaillant sur le même cas. La troisième recommandation concernait le besoin de faire suivre les renvois verbaux de l'office B à l'office A d'une documentation écrite. La quatrième recommandation traitait de la nécessité pour l'office A d'évaluer le foyer nourricier qui avait pris l'enfant survivant en charge. Les cinquième et sixième recommandations invitaient l'office B à élaborer un arrangement permanent pour l'enfant survivant et à respecter les normes provinciales se rapportant à la conservation de l'information obtenue. La dernière recommandation faisait référence à une investigation courante d'abus sexuel conduite par l'office B.

DOSSIER DU CAS N^{O} 467/99

Cause du décès : Péritonite due à une rupture du duodénum

Nature du décès : Accident

Circonstances : Un enfant pris en charge est mort à la suite d'un accident de motoneige.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait cinq recommandations au sujet des services fournis à cet enfant et à sa famille. La première proposait à l'office concerné d'effectuer tout d'abord une évaluation sociale de la famille et de poursuivre ensuite avec l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de traitement pour la famille. La deuxième recommandation était d'effectuer une évaluation du développement et une évaluation médicale des enfants survivants de la famille. La troisième invitait l'office à respecter les normes provinciales se rapportant au maintien des dossiers concernant les traitements fournis aux familles. La quatrième recommandation était d'enquêter sur un rapport faisant état d'antécédents de mauvais traitement des enfants dans un foyer nourricier. La dernière recommandation invitait l'office à suivre les normes provinciales se rapportant à la surveillance des enfants pendant qu'ils sont placés dans un foyer nourricier et à leur sécurité lors de leur retrait d'un tel foyer.

DOSSIER DU CAS N^{O} 941/99

Cause du décès : Prématurité

Nature du décès : Mort naturelle

Circonstances : Un enfant né prématurément est mort peu après sa naissance.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a recommandé, dans le cas où l'un des parents attendrait un nouvel enfant, qu'une évaluation de ses compétences parentales soit effectuée. Cette même recommandation faisait aussi état d'une préoccupation similaire concernant les grands-parents de l'enfant décédé.

DOSSIER DU CAS N^{O} 1134/99

Cause du décès : Asphyxie due à une pendaison

Nature du décès : Suicide

Circonstances : Un enfant volontairement pris en charge est mort dans un foyer nourricier.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait 11 recommandations au sujet des services fournis dans ce cas par deux offices des Services à l'enfant et à la famille. La première recommandation proposait à l'office A de conduire une enquête sur une allégation d'antécédents de mauvais traitements concernant l'un des tuteurs. Deux recommandations concernaient les conditions présentes dans le foyer nourricier où l'enfant est décédé. Trois autres recommandations, destinées aux offices A et B et aux services de protection et de soutien pour les enfants, du ministère des Services à la famille et du Logement, soulignaient le besoin d'établir des lignes directrices claires concernant la délivrance de permis de foyer nourricier à des employés d'offices des Services à l'enfant et à la famille. Deux recommandations invitaient les offices A et B à mettre à jour leurs dossiers sur les antécédents des frères et des sœurs de l'enfant décédé et à planifier des arrangements permanents pour les trois plus jeunes enfants. La neuvième recommandation proposait à l'office B d'aller au fond d'une allégation de mauvais traitement contre un conseiller employé par l'office A. La dixième était que l'office A ouvre et garde à jour un dossier familial sur les enfants pris en charge et qu'il respecte les normes du programme provincial se rapportant à la prestation des services d'évaluation, de planification et d'intervention. La dernière recommandation proposait à l'office A de revoir avec ses employés le besoin de signaler promptement aux services de police toute question nécessitant une investigation de leur part.

DOSSIER DU CAS N^{O} 1802/99

Cause du décès : Aucune cause physique déterminée

Nature du décès : Indéterminée

Circonstances : Un bébé est mort à la maison.

Recommandations :

Le médecin légiste en chef a fait trois recommandations. La première était que l'office concerné effectue une évaluation sociale exhaustive de la famille. La deuxième proposait à l'office de conduire une évaluation sociale de la famille de la tante de l'enfant décédé. La dernière recommandation était à l'effet que l'office communique directement avec les parents de l'enfant décédé.

Pour obtenir de plus amples renseignements ou des exemplaires supplémentaires de ce rapport, veuillez communiquer avec le bureau suivant :

Bureau du médecin légiste en chef
1, avenue Wesley, bureau 210
Winnipeg (Manitoba) R3C 4C6

Tél. : (204) 945-2088
Téléc. : (204) 945-2442